Rok XLII. Kraków 21 Listopada 1903. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał

Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

Do najstarszych zabiegów położniczych, jakie wogóle były wykonywane zapomocą narzędzi na płodzie, znajdującym się w łonie matki, musimy zaliczyć bezwarunkowo operacye, mające na celu wydobycie płodu przy pomocy zabiegów, zmniejszających pojemność i rozmiary płodu. Zabiegi te musiały być dawniej niewątpliwie znacznie częściej stosowane, aniżeli obecnie, gdyż w czasach, gdy ani obrót na nóżki, ani kleszcze, ani cięcie cesarskie stosowane jeszcze nie były, kawałkowanie płodu było jedyną operacyą, rozwiązującą w przypadkach położeń płodu nieprawidłowych lub znaczniejszego niestosunku porodowego. To też już w pismach Hippokratesa i Celsusa znajdujemy wcale dokładny opis zabiegów, mających za zadanie kawałkowanie płodu, oraz używanych do tego celu narzędzi. Od dawnych czasów istniała również dążność do ominięcia tych zabiegów. I tak, w przypadkach położeń poprzecznych płodu radzi już Soranus z Efezu próbować obrotu na nóżki — i dopiero wówczas, gdy obrót się nie udaje, przystąpić do kawałkowania płodu. Mimo to atoli w połowie szóstego stulecia obrót na nóżki poszedł prawie w zapomnienie i to tak dalece, że nawet jeden z najpłodniejszych ówczesnych autorów, Paweł z Aeginy, wcale nie wspomina w swoich pismach o tym zabiegu. Okoliczność ta sprawiła, że zabiegi, mające na celu rozkawałkowanie płodu, zajmują na nowo pierwsze miejsce w rzędzie operacyi położniczych.

W wiekach średnich, gdy wszystkie gałęzie sztuki i umiejętności były prawie wyłącznie w rękach duchowieństwa, nauka położnictwa rozwinąć się nie mogła. Dopiero od połowy 16-go stulecia, gdy obrót na nóżki na nowo został wprowadzony i zalecony (Ambroży Paré i Piotr Frank), liczba operacyi pomniejszających płód została ograniczoną.

Pomimo tego kawałkowanie płodu nie przestało być wcale ulubioną operacyą ówczesnych położników, a działalność Deischa i Mitelhaeusera w tym kierunku będzie jeszcze długo świadczyć o ówczesnym stanie nauki położnictwa.

Skrajny ten kierunek operacyjny musiał naturalnie obudzić reakcyę; pojawiali się zawzięci przeciwnicy takiego postępowania, jak n. p. Osiander i Stein młodszy, którzy uważali kawałkowanie płodu za postępowanie, czyniące wprost ujmę operatorowi. Dopiero Boër, Oehler i Michaëlis zaznaczyli wyraźnie i należycie swoje stanowisko w tym względzie i wprowadzili kierunek operacyjny ówczesny na właściwe tory. A mianowicie uważali oni kawałkowanie płodu za zabieg wskazany, ale zalecali wykonywać go tylko w takich przypadkach, w których z powodu zaklinowania się części przodującej płodu wykonanie obrotu na nóżki było niemożebne. Innych sposobów rozwiązania rodzących w tych przypadkach i warunkach nie znali; słusznie zatem zmniejszenie pojemności płodu polecali. Zapatrywanie to musi być nawet po dziś dzień uważane w ogólnych zarysach za zupełnie słuszne. Teoretycznie rzecz biorąc, wszystkie operacye, mające na celu pomniejszenie pojemności płodu, dadzą się ominąć, czy to przez wzniecenie porodu przedwczesnego, czy to przez dość wczesne wykonanie naprawy nieprawidłowego położenia płodu, czy to zapomocą zabiegów, mających na celu rozszerzenie dróg porodowych, jak cięcie łonowe, czy też wreszcie przez operacye, mające na celu utorowanie sztucznej drogi porodowej (cięcie cesarskie). W praktyce jednak zasad tych nie można ściśle przeprowadzić. Dałoby się to tylko wówczas zastósować, gdyby wszystkie osoby ciężarne szukały dość wcześnie pomocy i rodziły tylko pod odpowiednią zawodową opieką. Dlatego naturalnem jest, że im lepiej zorganizowaną jest w danem społeczeństwie opieka nad osobami ciężarnemi i rodzącemi im wcześniej szukają one pomocy i opieki lekarskiej, tem rzadziej wydarzają się przypadki operacyi, mających na celu zmniejszenie pojemności płodu.

Z tego powodu liczba wykonanych operacyi pomniejszających płód może nam być do pewnego stopnia niejako miarą wysokości, na jakiej stoi oświata danego kraju, a w szczególności dawać może wyobrażenie o rozwoju organizacyi pomocy zawodowej przy porodach. Przedewszystkiem zaś odnosi się to do operacyi pomniejszających, wykonywanych w celu ukończenia porodu w przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, albowiem przy odpowiedniem dozorowaniu i prowadzeniu przebiegu porodu nie powinno się dopuścić do wytworzenia położenia poprzecznego zaniedbanego. Wyjątkowo tylko zdarzyć się może, że przy bardzo silnych bólach porodowych i nagłym odpływie wód płodowych, z położenia ruchomego podłużnego wytworzyć się może położenie poprzeczne, które w bardzo krótkim czasie, już po kilku bólach, zmienić się nie daje. Położenia poprzeczne zaniedbane wytwarzają się zazwyczaj ze zwykłych położeń poprzecznych, w których nie wykonano we właściwym czasie zmiany tego niekorzystnego położenia na podłużne, gdzie zatem nie było należytej pomocy, albo też była niedostateczną.

Z zestawień statystycznych różnych klinik i krajów wypada, że obecnie położenia poprzeczne zaniedbane płodu wogóle nie są częste, a dalej, że zachodzą ogromne różnice

w tym względzie co do częstości, odnośnie do różnych krajów. I tak w Baden w latach od 1870—1885 na ogólną liczbę 876,126 porodów było położeń poprzecznych zaniedbanych 120, a więc jeden przypadek na 7301 Według Potockiego przypada w Paryżu jeden przypadek na 2,750 porodów. We Wiedniu spostrzegano na klinice położniczej według zestawienia Pawlika jeden przypadek na 2,631, a według C. Brauna jeden na 2,153 porodów. Bidder podaje, że w klinice w Petersburgu przypada jeden przypadek na 2,000 porodów, Arens zaś z kliniki w Dreźnie wykazuje jeden przypadek na 1,278 porodów. Przeciwnie Redlich podaje 9 embryotomii na ogólną liczbę 1,400 porodów z polikliniki w Dorpacie, a więc jeden przypadek na 155 porodów. Według Tyrchowskiego[1]) w Instytucie położniczym w Warszawie na 6,000 porodów wykonano 25 razy embryotomię, a więc jeden przypadek przypada na 240 porodów. W czasach mojego pobytu w Krakowie przydarzał się w zakładzie położniczym mniej więcej jeden przypadek na przeszło 200 porodów.

W klinice zaś położniczej we Lwowie spostrzegano na przeszło 2,500 porodów 14 razy położenie płodu poprzeczne zaniedbane, a więc jeden przypadek przypada na 164 porodów.

Z porównania przytoczonych liczb przekonać się więc można, że odpowiednio do stosunków, panujących w naszem społeczeństwie, w innych krajach, więcej na zachód położonych, położenia płodu poprzeczne zaniedbane przydarzają się tylko bardzo rzadko. Nawet zestawienia z odpowiednich klinik, w których przecież gromadzić się zwykł cały materyał przypadków ciężkich, nawet z dalszych okolic, wykazują tylko niepokaźną liczbę wykonanych embryotomii w porównaniu do ogólnej liczby porodów. Tej to okoliczności prawdopodobnie przypisać należy fakt, że podczas gdy w dawnych dziełach położniczych rozdział o operacyach, mających na celu zmniejszenie pojemności i rozmiarów płodu przy położeniach poprzecznych zaniedbanych, przedstawia się wcale pokaźnie, to obecnie nowsze podręczniki nauki położnictwa poświęcają tym zabiegom nie wiele miejsca i przeważnie podają tylko dokładniej opis oddzielenia główki od tułowia. Jak z jednej strony fakt ten świadczyć się zdaje o znacznym postępie nauki położnictwa i z tego względu należy go podnieść, tak z drugiej strony to zbyt krótkie i zwięzłe przedstawienie sposobów postępowania przy położeniach płodu poprzecznych zaniedbanych nie daje dostatecznego, a tem mniej wyczerpującego obrazu właściwego postępowania. Brak ten w nowszych podręcznikach daje się szczególnie uczuwać lekarzom, zmuszonym pracować w okolicach, w których ludność nie zwykła dość wcześnie szukać pomocy z powodu porodów nieprawidłowych, a którzy z położeniem poprzecznem zaniedbanem częściej spotykać się muszą. Odczuwają zaś brak ten tem więcej, że pracując przeważnie wśród ludności ubogiej i niewykształconej, wykonywać muszą zabiegi operacyjne często wśród najniekorzystniejszych warunków.

Aby w przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych umożliwić wydobycie płodu, należy w pierwszym rzędzie zmniejszyć jego wymiary. Wiemy bowiem z doświadczenia, że płód prawidłowo rozwinięty urodzić się może w położeniu poprzecznem i przejść przez miednicę matki tylko wyjątkowo. Zazwyczaj istnieją w takich wyjątkowych przypadkach niezwykle korzystne warunki, sprzyjające takiemu przechodzeniu, względnie przesuwaniu się, płodu, jak stosunkowo do rozmiarów płodu za obszerna miednica i silne bardzo i wydatne skurcze macicy.

Zmniejszyć pojemność i rozmiary płodu możemy albo przez otwarcie i opróżnienie z trzew i narządów wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej, albo też przez rozdzielenie ciała płodu. Rozdzielenie to zaś wykonać można albo na szyi płodu, co oczywiście najłatwiej wykonać się daje, albo też w różnych miejscach tułowia. Dalej, rozdzielenie to może być niezupełne i wtedy dotyczyć będzie tylko kośćca płodu, a przedewszystkiem kręgosłupa, z pozostawieniem części miękkich, albo też zupełne, gdy rozdzieleniu, a więc przedarciu, względnie przecięciu, ulegną tak części twarde, jako też i miękkie płodu, a wtedy mówimy o przepołowieniu ciała płodu.

Co do sposobu postępowania wobec położeń płodu poprzecznych zaniedbanych, to obecnie prawie wszyscy autorowie radzą w pierwszym rzędzie starać się wykonać oddzielenie główki od tułowia, a więc dekapitacyę. Jedni radzą wykonać przecięcie całkowite poprzeczne szyjki płodu, drudzy zaś przecięcie lub przerwanie tylko samego kręgosłupa z pozostawieniem części miękkich szyi. Po dokonaniu tego zabiegu, zwłaszcza gdy szyjka płodu całkowicie została przeciętą, radzą wydobyć następnie najpierw klatkę piersiową, potem resztę tułowia i nóżki, a w końcu wreszcie główkę płodu. Tu należy wspomnieć, że jeżeli główka zostanie całkowicie oddzieloną od tułowia, to następowe wydobycie jej sprawiać może znaczne niekiedy trudności, na co wielu autorów zwraca wyraźnie uwagę i z tego powodu pewna ich część radzi przerywać tylko kręgosłup, a części miękkie szyjki ile możności pozostawić.

W celu oddzielenia główki od tułowia podano różne sposoby i narzędzia. I tak, większość autorów zaleca obecnie zabieg ten wykonywać w znany sposób na tępo, zapomocą haka Brauna. W nowszych czasach podał w tym celu Zweifel narzędzie więcej złożone, które nazwał „trachelorhekterem“, a którego istotę stanowią dwa haki tępe, działające równocześnie w przeciwnych kierunkach. Mniejszość autorów poleca oddzielać główkę od tułowia zapomocą rozmaitych narzędzi ostrych, tnących. Jedni autorowie, jak Smellie, Siebold, Dubois, Kilian, Klein, Fritsch wykonują ten zabieg zapomocą silnych prostych lub zakrzywionych nożyc; drudzy zaś zapomocą różnie wygiętych noży. Jako pierwowzór wszystkich tych noży uchodzić może ostry hak Levreta i zakrzywiony nóż Davisa. Podobne noże podali Mauriceau, Ramsbotham, Tibone-Cuzzi i wielu innych. Najwięcej polecanym i używanym bywa obecnie nóż sierpowaty Schultzego, którym wyłącznie posługuje się Küstner i jego szkoła. Z pomiędzy narzędzi ostrych, a właściwie tnących więcej złożonych, a zwłaszcza dawniej poleconych, należy wymienić somatom Baudelocquea, dekapitator Concata, auchenister Scanzoniego, trachelotom Rulla i *embryotome rachidien* Tarniera. Wreszcie w roku 1897 podał Küstner nowy embryotom, narzędzie, zrobione podobnie jak kranioklast, tylko jedno jego ramię jest opatrzone ostrzem. Dalej oddzielić można główkę od tułowia zapomocą narzędzi działających przez zgniatanie,

[1]) Tyrchowski: Pamiętnik Warsz. Tow. lek. r. 1897. Jaworski: Gazeta lekarska r. 1902.

tak zw. zgniataczy *(ecraseur)*, a dogodność i użyteczność takiego sposobu postępowania stwierdzają Stiebel, Heyerdahl, Hohl, Tarnier, Pajot, Kilian, Ribemont, Zweifel. Wreszcie można przepiłować szyjkę płodu i to albo zapomocą mocnego zwykłego lub jedwabnego sznurka, struny lub drutu metalowego, albo też, co najlepiej i najodpowiedniej, zapomocą piłki drutowej Giglego, która w ostatnich czasach coraz szersze znajduje zastosowanie.

W tym względzie co do sposobu operowania i wyboru narzędzi istnieją bardzo różne, a nawet wprost sprzeczne poglądy: gdy n. p. jedni gorąco zalecają użycie haka tępego Brauna, wykazując równocześnie ujemne strony innych narzędzi, a noża sierpowatego w szczególności, drudzy nie mniej doświadczeni i poważni autorowie podnoszą łatwość operowania narzędziami ostremi, a przedewszystkiem nożem, wyliczając zarazem szereg niebezpieczeństw grożących przy przerywaniu kręgosłupa zapomocą haka. Na poparcie swojego zdania jedni i drudzy przytaczają poważny szereg przypadków, operowanych z pomyślnym wynikiem tym lub innym sposobem tak, że urobienie sobie własnego zdania w tym względzie li tylko na podstawie odnośnych artykułów nie jest wcale łatwem. Rozstrzygającą rzeczą bywa w tym razie zazwyczaj osobista skłonność operatora i przynależność do odpowiedniej szkoły, a właściwie przyzwyczajenie do władania pewnem narzędziem.

W przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, w których do szyjki płodu ręką wprowadzoną wewnątrz operator dojść nie może, wszyscy prawie autorowie radzą zgodnie wykonać najpierw wytrzewienie (ewisceracyę) płodu w tym celu, aby po zapadnięciu się klatki piersiowej i brzuszka uzyskać więcej miejsca. Dopiero w dalszem postępowaniu zapatrywania różnych autorów odbiegają od siebie. I tak jedni, jak C. Braun, Leopold, Pawlik, Fehling, radzą po opróżnieniu i zapadnięciu się klatki piersiowej i jamy brzusznej, po uzyskaniu więcej miejsca, a tem samem i nieco większej ruchomości płodu, dojść ręką wewnątrz wprowadzoną do szyjki płodu i wykonać oddzielenie główki od tułowia, a następnie przystąpić do wydobycia płodu. Wytrzewienie płodu zatem uważają za zabieg przedwstępny, mający służyć dla umożliwienia wykonania dekapitacyi. Inni autorowie, jak Bidder, Veit, Schauta, Mermann, zalecają postępowanie odmienne, a mianowicie po wykonaniu wytrzewienia zalecają starać się wydobyć płód przez naśladowanie mechanizmu tak zwanego dobrowolnego wytoczenia się płodu, albo też starać się zapomocą haków obniżyć, a następnie przeprowadzić najpierw pośladki płodu na zewnątrz. Na ten mechanizm dobrowolnego wytoczenia się płodu, *evolutio spontanea*, w przypadkach położeń poprzecznych płodu zwrócił uwagę J. Douglas jeszcze na początku 19-go stulecia, następnie polecał go gorąco Robert Lee. Fritsch uważa wogóle wytrzewienie płodu za zbyteczne i poleca wykonać przecięcie kręgosłupa nożyczkami, poczem stara się wydobyć płód o ile możności przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się. Michaëlis zalecał wydobycie płodu zdwojonem ciałem, *conduplicato corpore*, po poprzedniem złamaniu kręgosłupa. Simpson podał zabieg, mający na celu zupełne przepołowienie płodu, *dissectio foetus*, nazwany nieodpowiednio spondylotomią. Radzi on mianowicie po poprzedniem ustaleniu tułowia płodu zapomocą haka, przeciąć poprzecznie całą klatkę piersiową wraz z kręgosłupem, a potem wydobyć najpierw dolną, a potem górną połowę ciała płodu.

Postępowanie, które zalecił Macdonald, aby po przecięciu kręgosłupa usiłować dojść do nóżek w celu wykonania obrotu płodu, dziś chyba już niewielu może liczyć zwolenników, a odpowiada zupełnie zapatrywaniu Kiliana, który uczył, że embryotomia w ogólnem pojęciu jest zawsze tylko zabiegiem przedwstępnym do wykonania następowego obrotu na nóżki.

Z tego zbyt pobieżnego zestawienia metod operacyjnych można się przekonać, jak wielce różnią się zapatrywania operatorów na sprawę postępowania wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu. Jeżeli się jednak uwzględni, jak różne może być ułożenie pojedynczych części płodu względem siebie, jak wielce różny może istnieć stosunek pomiędzy rozmiarami płodu a wymiarami miednicy matki, wreszcie w jak rozmaitym stopniu mogą być ściany macicy obkurczone około płodu, to trudno nie nabrać przekonania, że nie we wszystkich przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych jeden i ten sam zabieg operacyjny będzie najodpowiedniejszy. Różne zatem przypadki wymagać muszą odmiennych sposobów postępowania, w celu możliwie najłagodniejszego rozwiązania rodzącej.

Sposób postępowania wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu nie może być zatem żadną miarą ujętym w formę pewnego tylko jednego, ściśle typowego zabiegu operacyjnego, lecz w miarę różnych warunków, różnych należy używać sposobów.

Od szeregu lat zajmowałem się żywo kwestyą postępowania wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, co tem łatwiej mi przychodziło, że położenia takie miałem sposobność względnie dość często spostrzegać.

Sposoby postępowania, dotychczas powszechnie polecane i używane, już po kilku zabiegach, jakie sam wykonać miałem sposobność, wydały mi się jako nie zupełnie wystarczające i odpowiednie. Przedewszystkiem dziwnem i niezrozumiałem wydało mi się, dlaczego operujemy na ciemno? dlaczego przy wykonywaniu zabiegu, podczas którego używamy różnych narzędzi, czy to tępych, czy też nawet ostrych, nie staramy się odsłonić i uczynić więcej dostępnem pole operacyjne? dlaczego nie staramy się ułatwić sobie w ten sposób całego zabiegu? Uważałem tę okoliczność za niewolnicze niejako trzymanie się do pewnego stopnia zasady dawnych położników, którzy wszelkie czynności i zabiegi operacyjne wykonywali bez odsłaniania pola działania. Dziś, ze względu na aseptykę i na samą technikę rękoczynu, dawna zasada nie ma żadnego usprawiedliwienia.

Jeżeli obecnie żaden lekarz postępowy nie będzie polecał wprowadzania cewnika do pęcherza moczowego lub też zgłębnika do jamy macicy na ciemno po palcu, jedynie pod kontrolą dotyku, dziś, gdy nawet przy badaniu przez pochwę trzymamy się zasady, aby wprowadzać palec po poprzedniem rozwarciu warg sromowych, gdy zawsze w ginekologii staramy się o to, aby odsłonić o ile możności nasze pole działania i w ten sposób operować pod kontrolą wzroku, niepojmuję, dlaczego mamy w położnictwie operować zawsze na ciemno? dlaczego mamy się pozbawiać korzyści wśród zabiegu operacyjnego, jaką nam kontrola wzroku dać może? Pod wpływem tego rozumowania zacząłem wykonywać wszystkie zabiegi, mające na celu zmniejszenie

pojemności główki lub tułowia płodu, po dokładnem odsłonięciu tych części zapomocą szerokich, osobno w tym celu sporządzonych wzierników łyżkowych. Już początkowe moje wyniki takiego postępowania były tak zachęcające, że nie wahałem się podać je do publicznej wiadomości w roku 1897 w pracy: „Przyczynek do bezgnilnego i ściśle chirurgicznego postępowania wśród niektórych operacyi położniczych“.

(*Przegląd lekarski*, Nr. 26 i 27, 1897 i *Centralblatt für Gynäkologie*, Nr. 29, 1897).

Już wówczas wypowiedziałem przekonanie, że największą korzyścią operowania po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników będzie ta okoliczność, że omijając potrzebę wprowadzania rąk operatora do części rodnych i unikając w ten sposób większego rozciągnięcia dolnego odcinka maciey, będziemy mogli zabieg sam uczynić mniej niebezpiecznym dla rodzącej, a wykonanie jego w ten sposób, będzie więcej odpowiadać zasadom postępowania bezgnilnego.

W obecnej pracy pragnę w sprawie tej metody dodać kilka dalszych uwag, dotyczących postępowania wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, opierając się na doświadczeniu, jakiego nabyłem w kilkunastu następnych przypadkach w ten sposób operowanych i na podstawie licznych doświadczeń, jakie w tym celu wykonałem na fantomach (bałwanach) z płodami balsamowanymi i odpowiednio przygotowanymi do ćwiczeń. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do chirurgii nerek.

Podał

Dr. Adolf Klęsk,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Jak wiemy, krew w moczu należy do objawów, które, podobnie jak ból i guz w podżebrzu, niepokoją najwięcej pacyentów i sprowadzają ich do lekarza. Mając do czynienia z krwią w moczu, powinniśmy dokładnie zdać sobie sprawę, skąd właściwie ta krew pochodzi.

Z cewki moczowej odchodzi krew świeża i to zupełnie niezależnie od oddawania moczu. Przy moczeniu jest tylko pierwsza porcya moczu krwią zabarwiona, zresztą, o ile pęcherz i nerki są zdrowe, odchodzi mocz czysty.

Krwotoki z pęcherza charakteryzują się znowu tem, że często pierwsza porcya moczu jest dość czysta, a dopiero mocz ostatni z dna pęcherza zawiera skrzepy i krew. Oddziaływanie moczu bywa przy krwotokach rozmaite. Przy dużych wylewach krwi mocz oddziaływa wybitnie zasadowo. W gruźlicy pęcherza często mimo rozkładu moczu i krwotoku oddziaływanie jest kwaśne. W krwotoku z pęcherza, płókanie nie usuwa krwi i ostatnia porcya płynu bywa zawsze mniej lub więcej krwawo zabarwiona.

Krwawienie z nerek i ich miedniczek wystąpić może przy urazie (gdy pęknięcie nerki dosięga miedniczki nerkowej), w przebiegu spraw chorobowych, niszczących miąższ nerki lub miedniczkę, przy nowotworach, kamicy, zapaleniu, zawale i t. d. Z moczowodu krwotok jest zwykle skąpy, ale od nerkowego odróżnić go nie można. Krwotoki z nerek występują czasem i bez zmian chorobowych w tychże narządach. Spostrzegano n. p. krwotok nerkowy u żołnierzy na manewrach po silnych marszach, dalej u kobiet w ciąży i podczas karmienia, a w końcu po nagłem opróżnieniu rozdętego pęcherza moczowego cewnikiem, n. p. u chorych z przerosłym gruczołem krokowym. Powodem krwawego moczu mogą być naturalnie takie pasorzyty, jak *distomum haematobium, nephrohages sanguinarius, filaria sanguinis, strongylus gigas* itd. [4]).

Krwotoki przy pęknięciu nerki mimo wielkiego zniszczenia miąższu bywają zwykle skąpe, a to z tego powodu, że w razie rany drążącej od torebki krew wylewa się łatwiej w tkankę onerkową, zaś w przypadkach rany w miąższu krwotok bywa zatamponowany zbitością narządu.

W niedużych krwotokach z nerek odchodzi zwykle wśród parcia świeża krew z moczem, lub tworzą się w pęcherzu skrzepy, zatykające ujście i pęcherz napełnia się ciągle wśród bolów i parcia. Skrzepy pęcherzowe są zwykle bezkształtne, z nerek natomiast mają często postać nitek, świderków, glist i t. d. [5]). Starsze skrzepy nerkowe bywają czasami odbarwione. W niedużych krwotokach krew krzepnie w miedniczce, mocz pierwszy, a nawet kilka następnych, jest zupełnie czysty (z nerki zdrowej), bo wejście do moczowodu nerki chorej może być zatkane skrzepem. Dopiero w pewien czas po urazie odchodzi wśród parcia i kolki nerkowej krew i skrzepy. Przy przepłókiwaniu pęcherza, w razie niedużego krwotoku z nerek możemy otrzymywać czysty płyn, w razie większego krwotoku ciecz będzie ciągle krwawo zabarwiona. W gruźlicy nerki prócz krwi spotykamy prawie zawsze w moczu ropę, rzadziej zaś prątki. Krwotok przy kamieniach cechuje się okresowością, towarzyszącą kolką i zmianami w wydzielaniu moczu może być bardzo obfity. Przy nowotworach krwotok bywa zwykle skąpy, w odstępach nieregularnych, czasem w osadzie moczu spotykamy charakterystyczne komórki nowotworu.

Jak leczyć krwotok nerkowy? *Cessante causa cessat effectus.* Jeżeli jednak przyczyny na razie znaleźć nie możemy, a krwotok jest silny, zalecamy spokój, leki ściągające, ewentualnie usuwamy skrzepy pęcherzowe, jak to miało miejsce u naszej chorej. U kobiety łatwo to uczynić. U mężczyzn trzeba czasami przystąpić do *sectio alta.* Gdy krwotok trwa ciągle, wtedy należy przystąpić do zabiegu, upewniwszy się naturalnie pierwej, z której nerki krew pochodzi. W kilku przypadkach (Albarran) proste odsłonięcie nerki zatamowało krwotok; czasem trzeba jednak naciąć nerkę, a w wyjątkowych przypadkach (np. u krwawców i po urazach) nawet wyciąć zupełnie.

Drugim ważnym objawem chorób nerki, obchodzących chirurga, jest ból. Gruźlica charakteryzuje się zwykle silnymi bolami, schodzącymi i rozpromieniającymi się ku częściom płciowym, udom, w odstępach nieregularnych. Przy nowotworach bolesności nerek (przynajmniej z początku) niema. Ból nerki rozpromienia się szeroko, nieraz aż do barków. Pamiętać należy także o tem, że pacyent wskazuje czasem wprost na przeciwną nerkę, jako na siedlisko bolu. Skóra brzucha w chorobach nerek (objawiających się bolem) bywa czasem tkliwą lub bolesną na przestrzeni między

[4]) O wydzielaniu się barwika krwi moczem nie wspominam tutaj, gdyż to do rzeczy nie należy.

[5]) Patrz historye choroby, opisane powyżej.

pępkiem, a spojeniem łonowem. Ucisk na nerkę chorą wywołuje niekiedy bole w odległem miejscu, n. p. prąciu.

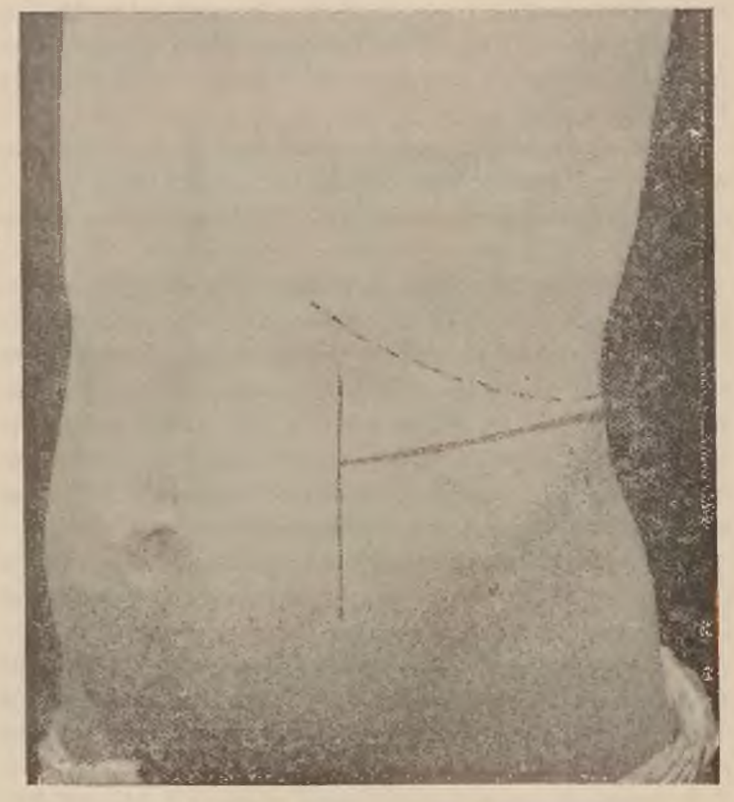
Badanie moczu zwykle ułatwia nam rozpoznanie; są jednak znane przypadki, w których zupełne zniszczenie jednej nerki przebiega bez najmniejszych zmian w moczu. W przypadkach takich próby wydatności nerek mogą nam oddać świetne usługi.

Nerkę wyciąć można drogą jamy brzusznej, lub od strony lędźwi. W wyjątkowych przypadkach używa się innej drogi. Znany jest np. przypadek wycięcia nerki przez pochwę. Lepsze nieco rokowanie daje droga pozaotrzewnowa, może być jednak dlatego, że przypadki ciężkie, wątpliwe i o bardzo zaawansowanych zmianach operuje się zwykle drogą otrzewnej. Ostatnia droga ma kilka zalet. Po pierwsze, operując możemy swobodnie zbadać obie nerki ręką, następnie wycinać bardzo duże guzy; pole operacyjne jest większe, a w końcu w przypadkach wątpliwego rozpoznania bez niego obejść się nie można.

Zabieg od strony lędźwi jest znowu operacyą mniejszą i pozwala nam swobodnie operować w gruźlicy i ropnych guzach nerek, przyczem unika się otworzenia otrzewnej. Cięcie w celu odsłonięcia nerki prowadzić można po przednim brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego (Simon), poprzecznie od mięśnia prostego w wysokości pępka do brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego (Péan, poniekąd i Kocher) dalej skośnie (Bergmann-d'Altona) od górnego brzegu 12-go żebra i brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego do zewnętrznej $^1/_3$ więzu Pouparta. Cięcie to nadaje się głównie, gdy chcemy jednocześnie odsłonić moczowód. Bardenheuer do cięcia pionowego Simona dodaje jedno, lub dwa poziome wzdłuż żeber, lub kolca kości biodrowej ku przodowi. Schedégo cięcie zaczyna na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego 1 ctm. poniżej 12 żebra, idzie ku przodowi równolegle do żebra i schodzi później skośnie tak jak u Bergmanna.

Profesor Kader wycina nerkę za pomocą cięcia, mającego kształt poziomo leżącej litery T. Cięcie pionowe zaczyna się mniejwięcej 1—2 ctm. poniżej łuku żebrowego i biegnie w dół na 10—15 ctm. wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha. Od tego cięcia biegnie prostopadle do niego cięcie poziome trochę poniżej 12-go żebra, aż do zewnętrznego brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego. Operacyę zaczyna się cięciem pionowem, t. j. zarazem otworzeniem jamy brzusznej. Wprowadzoną ręką badamy skrupulatnie stosunki okoliczne i same nerki, a nabrawszy przekonania i pewności, że nerkę usunąć można, dodajemy cięcie poziome i wyłuszczamy nerkę.

Cięcie profesora Kadera łączy korzyści wszystkich innych: otwierając jamę brzuszną, pozwala ono zbadać dokładnie stosunki anatomiczne, ułatwia usunięcie nerki, dając dobry dostęp ze wszystkich stron, umożebnia usunięcie zrostów, łatwe podwiązanie naczyń, wreszcie pozwala operować na moczowodzie. W razie potrzeby cięcie to daje dostęp także do resekcyi 12-go żebra. W przypadkach, gdzie usunięcie nerki jest wskazanem i dozwolonem, lecz z pewnych powodów np. silnych zrostów, *in toto* jest niemożebnem, z tegoż cięcia po poprzedniem podwiązaniu naczyń i moczowodu można wydostać nerkę zapomocą rozkawałkowania, idei, rzuconej już przez Simona, a wykonanej przez Bergmanna, Tuffiera i innych.



Prof. Kader zmuszony był raz postąpić podobnie w przypadku, dotyczącym 42-letniej kobiety, u której lewa nerka przedstawiała się jako zbiór luźnych strzępów, zrośniętych z otoczeniem i otoczonych ropą.

Tam, gdzie chodzi o zapobieżenie zakażenia otrzewnej, zwłaszcza gruźlicą, można otwór w otrzewnej zaszyć i dopiero wówczas przystąpić do usunięcia nerki zaotrzewnowo. W przypadkach nie przedstawiających żadnych wątpliwości lepiej jest operować odrazu zaotrzewnowo, posługując się jednem z cięć, podanych wyżej. Przy nowotworach uważa prof. Kader jednak za wskazane stosować metodę śródotrzewnową, gdyż zawsze wtedy należy zbadać drugą nerkę.

Nerkę zajętą usuwa profesor Kader wraz z torebką i częścią nerkową otrzewnej, gdyż niebezpieczeństwo nawrotu jest potem mniejsze.

Obawa zakażenia otrzewnej nie wchodzi dziś w rachubę. Po usunięciu nerki można otwartą otrzewnę całkowicie, lub częściowo zaszyć, a resztę wytamponować.

Z zestawienia Schedego (Bonn) wynika, że metoda lędźwiowa daje lepsze wyniki bezpośrednie, niż otrzewnowa.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem:

366 przypadków usunięcia nerek drogą otrzewnej z 33·2% śmiertelności.

723 przypadków usunięcia nerek drogą lędźwi z 22·9% śmiertelności.

Śmiertelność operacyi drogą otrzewnej zmniejsza się jednak stale, pomimo, że jak już wyżej wspomniałem, drogą tą operuje się przeważnie przypadki cięższe i bardziej powikłane. Na 165 przypadków operowanych w ciągu ostatnich 10 lat drogą otrzewnej, umarło 32, t. j. 19·47% śmiertelności; zaś na 365 przypadków drogą lędźwi umarło 62, t. j. 17% śmiertelności (Schede). Jestto różnica minimalna, przemawiająca raczej na korzyść drogi otrzewnowej.

Nerki należą do tych narządów, w których operacya pierwotnych nowotworów bardzo popłaca. Obserwowano brak nawrotu przez 7, a nawet 10 lat, i to przy guzach złośli-

wych (Trendelenburg, Schede, Israel itd.). W literaturze opisanych jest około 330 przypadków wycięć nerek z powodu złośliwych nowotworów [6]). Uderza w nich wielka liczba operacyi u dzieci [7]).

Śmiertelność po wycięciu nerek nowotworowo zmienionych wynosi średnio 32% (w ostatnich latach 22%).

Operowano od strony lędźwi 150 razy (28% śmiertelności).

Operowano od strony otrzewnej 171 razy (38% śmiertelności).

Raki, u młodych osób w innych narządach stosunkowo rzadkie, zdarzają się tu w nerkach często. Kümmel zestawił 584 przypadków guzów nerki u dzieci między 1—5 rokiem życia. W wieku tym nowotwory spotykamy najczęściej; później dopiero u ludzi po 30 roku życia, jak to i w naszym opisanym wyżej przypadku miało miejsce.

Nowotwory wrodzone nerek mogą się piętnować wczesnym porostem włosów na wzgórku łonowym i w pasze, tudzież nieprawidłową pigmentacyą skóry (Kühn)?

Nowotwory pierwotne nerek są zwykle jednostronne za wyjątkiem *cystoma multiloculare,* które występuje prawie zawsze obustronnie [8]). Zajęcie nowotworowe obu nerek jest już zwykle wyrazem przerzutów.

Z powodu raka wycięto dotąd nerkę 113 razy (37·5% śmiertelności) [9]).

Rozpoznanie nowotworów nerki nie zawsze jest łatwe.

W niejednym przypadku nie można wyczuć nerki zmienionej. Guzy, wychodzące z nadnercza lub górnej powierzchni nerki, niezbyt wielkich rozmiarów, są często schowane pod łuk żebrowy. Guzy większych rozmiarów mogą dawać czasami tak zwany „objaw Guyona“, t. j. balotować przy obmacywaniu nerki. Cechującem też jest dla guzów zachowanie się jelita grubego względem tegoż narządu. Jelito grube przebiega zwykle na dolnej, przedniej powierzchni guza, co wydymaniem od odbytnicy łatwo stwierdzić można. Objaw ten może dać dobre usługi w przypadkach niepewnego rozpoznania.

Dość obfity materyał chorych dozwolił mi zebrać kilka cennych spostrzeżeń i wskazówek, które się z nich nasuwają. W pierwszym rzędzie muszę gorąco poprzeć znieczulenie lędźwiowe tropakainą, które w operacyach nerkowych jest po prostu wskazanem. Pominąwszy nawet wszystkie inne dodatnie strony tej metody, ma ona w operacyach nerkowych racyę bytu, choćby dlatego, że nie nerek nie drażni, czego przecież o chloroformie i eterze powiedzieć nie można.

Środków przeciwgnilnych przy operacyach nerkowych stosować nie wolno, gdyż i one drażnią silnie nerki. Kilkakrotne podanie środków sercowych przed operacyą jest bardzo popłatnem, gdyż skrzepiają serce, które skazane jest często po operacyi na ciężką pracę. Przy wadach sercowych operować wolno. O ile z jednej strony nawet największa operacya nerkowa jest zabiegiem poważnym, lecz dającym w zasadzie dobre rokowanie, o tyle z drugiej strony powinien być każdy operator przygotowanym i na to, że nawet i po małym zabiegu może wystąpić bezmocz i mniej lub więcej nasilone objawy mocznicy. Badane nerek przed operacyą powinno być bardzo skrupulatne. Nie powinniśmy sie nigdy zadowalniać badaniem fizycznem i prostym rozbiorem moczu, lub tylko polegać ślepo na wyniku jednej lub nawet kilku prób wydatności nerek, bo i próby te czasem dają fałszywe wyniki. Gdy głębokie zastanowienie się, sumienne badanie, zebranie i logiczne ugrupowanie wyników badania będzie wyrazem ostatecznego postanowienia naszego, wtedy i wyniki będą lepsze.

Nawet w przypadkach, gdzie wszystkie próby badania wydatności nerek wypadną ujemnie, radzą niektórzy nie opuszczać rąk. Rovsing podniósł właśnie tę okoliczność na Zjeździe chirurgów w Berlinie. Wykazawszy na kilku przypadkach, że próby wypadły ujemnie, wspomniał, że mimo to operował szczęśliwie w tych przypadkach, gdyż miał na mocy skrupulatnego badania to głębokie przekonanie, że operować trzeba i można. Kończąc swój odczyt wypowiedział to zdanie: Jeszcze raz przestrzegam, by nie ufać ślepo próbom oceniania wydatności nerek. Nieoperowanie z reguły, wtedy gdy próby wypadną ujemnie, jest korzystnem, ale tylko dla chirurga i jego statystyki, nie zaś dla pacyentów, z których wielka liczba umiera bez pomocy, choć niejeden z nich mógłby żyć, a nawet wyleczyć się.

Musimy przyznać Rovsingowi zupełną słaszność.

Obowiązkiem naszym jest służyć nauce i choremu, a nie sobie.

Lecz i o tem pamiętać należy, że może żaden narząd nie wymaga tyle ogłędności i rozwagi od chirurga, ile nerka. Względem nerek powinniśmy być przedewszystkiem konserwatystami.

---

[6]) Schmieden: Die Erfolge der Nierenchirurgie. »Deutsche Zeitschrift für Chirurgie«, 62.

[7]) Bossowski: Odczyt na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1901.

[8]) Virchow uważał je za następstwo płodowego śródmiąższowego zapalenia nerki (*Retentionscystom*).

[9]) Statystyka moja zbieraną była przed pół rokiem.

III. Przypadek ropnia pozaoponowego pochodzenia usznego.

Napisał

Dr. R. Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego w szpitalu izraelickim w Krakowie.

(Dokończenie).

Rozpoznanie po operacyi, które brzmiało: *Pachymeningitis externa suppurativa; abscessus extraduralis post otitidem; encephalitis superficialis circumscripta,* potwierdziło zatem rozpoznanie kliniczne.

Sądzimy, że niektóre uwagi rozjaśniające będą tu na miejscu. Przedewszystkiem co do rozpoznania: Chorego widziałem przed operacyą wprawdzie tylko raz jeden. Jednakże na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego było mi jasnem, że mam przed sobą jedno z powikłań śródczaszkowych zapalenia ucha środkowego. Należało jeszcze bliżej określić rodzaj powikłania. Wynik badania dał nam zbyt mało wskazówek, abyśmy mogli odrazu rozpoznać tę chorobę. Atoli przechodząc z kolei wszystkie znane nam zaburzenia mózgowe, występujące w następstwie chorób usznych, nie było nam trudnem wykluczyć wszystkie inne z mniejszą lub większą pewnością.

Jednem z najczęstszych powikłań mózgowych, wywoływanych przez choroby ucha środkowego, jest zapalenie opon mózgowych. Wywiady i stan chorego pozwoliły od jednego rzutu oka rozstrzygnąć sprawę dyagnostycznie u naszego chorego. Zważywszy, że przez całe dwa lata chory prawie nigdy nie miał większej gorączki, nigdy nie chorował obłożnie, że nie doznawał nudności, ani wymiotów, nie zauważono u niego sztywności karku, ani żadnych innych zaburzeń ruchowych, lub czuciowych, że mięśnie zewnętrzne i wewnętrzne oczów nie okazywały żadnego zboczenia, któreby zwróciło na siebie uwagę chorego i że przytomność zawsze była prawidłowa, można było chorobę tę wykluczyć z wszelką pewnością.

Zakrzepica i zapalenie zatoki poprzecznej (*thrombophlebitis sinus transversi)*, trwające dłuższy czas, prowadziłyby do przerzutów w innych narządach, a przedewszystkiem w płucach i w stawach, wywołałyby gorączkę z przebiegiem ropniczym, z dreszczami i potami, coby napewno ujść nie mogło uwagi chorego. Tego wszystkiego nie było, jak również nie było nudności przy połykaniu, ani żadnej zmiany przedmiotowej lub podmiotowej wzdłuż żyły szyjnej tak, że i o tej chorobie nie należało myśleć.

Co się tyczy nareszcie ropnia mózgowego, to przedewszystkiem trzeba zauważyć, że tego powikłania nigdy *a priori* wykluczyć nie można. Tak często stwierdzaliśmy istnienie ropnia w stanie utajenia i bez wszelkich objawów przed- i podmiotowych, że nie odważamy się nigdy kategorycznie wykluczać tego cierpienia w podobnych okolicznościach. Jednakże z drugiej strony wobec braku znamion choroby ogniskowej w mózgu, przy braku wszelkich oznak, towarzyszących ropniowi mózgowemu, trudno zaiste było cierpienie to przypuścić, i to tem mniej, że istniejący, aczkolwiek szczupły zbiór objawów, dał się wytłómaczyć w inny sposób, zupełnie zgodnie z wywiadami i z przebiegiem choroby. Mam tu na myśli ropień pozaoponowy, za którym przemawiały: obrzęk rozległy, obejmujący skórę całej lewej połowy czaszki, wielka bolesność kości przy dotyku w tej samej rozległości, wreszcie poprzedzająca choroba uszna i szalone bóle głowy, trwające dłuższy czas, których nasilenie nie odpowiadało zmianom przedmiotowym ze strony narządu słuchowego. Na podstawie tego rozumowania musieliśmy mimo nieznacznych zmian w samym narządzie usznym uczynić rozpoznanie ropnia pozaoponowego. Co do jego umiejscowienia, to obrzęk i bolesność poza wyrostkiem sutkowym i w okolicy wypustu sutkowego *(emissarium mast.)* przemawiały za ropniem w tylnym dole czaszkowym; obrzęk zaś, zajmujący okolicę kości łuskowej — za ropniem w średnim dole czaszkowym. Ważniejszego znaczenia jednak tym objawom pod względem umiejscowienia przypisać nie można, gdyż zdarzają się bolesność i obrzęk poza okolicą wyrostka sutkowego przy ropniu w średnim dole czaszkowym i odwrotnie. W naszym przypadku objawy przemawiały za ropniem rozlanym w tylnym i średnim dole, co przy operacyi stwierdzono. Wprawdzie osłabienie siły mięśniowej prawej kończyny górnej mogłoby zwrócić uwagę na spółcierpienie lewego płatu czołowego mózgu, w którym właśnie znajduje się sfera ruchowa i ośrodki ruchowe dla przeciwnej połowy ciała; jednakże chory o tym objawie przy pierwszem badaniu nic nie wspomniał, lecz dopiero jakiś czas po operacyi, a z powodu krótkiego czasu obserwacyi przed operacyą nie wykonano szczegółowego badania przedmiotowego tak, że na tym objawie przy ustalaniu rozpoznania nie mogliśmy się opierać.

Przyjmując ropienie pozaoponowe, możemy sobie cały przebieg choroby dobrze wytłómaczyć w sposób następujący: przypuszczam, że chory przed dwoma laty przebył ostre zapalenie ucha środkowego *(otit. med. phlegmonosa)*, albo ostry nieżyt ucha środkowego (*otit. med. catarrhalis*), Choroba, szerząc się na otoczenie, pociągnęła za sobą najpierw zapalenie środkowe kości sutkowej. Podczas, gdy w dalszym przebiegu objawy ostre w uchu ustąpiły, sprawa zapalna w kości toczyła się dalej, przenosząc się na wewnętrzną blaszkę kości skroniowej i po jej przebiciu na oponę twardą. Przyczynić się mogła do tego większa odporność i brak przedziurawienia błony bębenkowej. Nie poznana i nie leczona stosownie, szerzyła się sprawa ropna coraz dalej wzdłuż powierzchni zewnętrznej opony twardej i spowodowała przedziurawienie opon mózgowych na ograniczonej przestrzeni, po poprzedniem zrośnięciu się ze sobą na tem miejscu. Najprawdopodobniej istniało także zapalenie żył kostnych, przebiegających między jamą czaszkową, a zewnętrznemi powłokami czaszki. W ten sposób możemy zrozumieć ogromne bóle głowy, tak dokuczające choremu, i to nam tłómaczy rozległą puchlinę powłok czaszkowych. Dziwić się tylko wypada, że nie przyszło do ogólnych objawów uciskowych, albo innych objawów mózgowych.

Co do trwania choroby w naszym przypadku, to wywiady nie dają nam pewnych wskazówek. Według podania chorego ból głowy trwał przez cały czas choroby i pogorszył się znacznie przed kilku miesiącami wraz z wystąpieniem obrzęku skóry. Z tego, jakoteż ze znacznej obfitości ropienia, należy wnioskować, że choroba ta trwała conajmniej kilka miesięcy.

Cierpienie to, pozostawione same sobie, kończy się czasem samodzielnem wyleczeniem: ropa toruje sobie drogę na zewnątrz przez kość łuskowatą, lub sutkową, jak to było w jednym ogłoszonym przezemnie, a operowanym przez śp. prof. Obalińskiego przypadku (p. „Przegl. lek.“ 1897), albo też drogą wypustu sutkowego, względnie przez przepziurawioną błonę bębenkową. Często jednak pociąga ono za sobą przedziurawienie opony twardej i sprowadza inne powikłania, jak np. ropień mózgu, zapalenie poprzecznej zatoki żylnej, zapalenie miękkich opon mózgowych. W naszym przypadku wobec braku zmian zapalnych zewnętrznych w kości skroniowej, zwłaszcza przy stwardnieniu warstwy korowej kości sutkowej, dalej wobec braku przedziurawienia błony bębenkowej i przy znalezionych zmianach na powierzchni mózgowia nie możnaby było liczyć na takie samoistne wydalenie się ropy na zewnątrz. Przeciwnie, nie ulega wątpliwości, że przy dalszem zaniedbaniu i odwlekaniu operacyi przyszłoby niechybnie do głębszych powikłań, najprawdopodobniej do rozleglejszego rozmiękczenia istoty korowej, do ropnia mózgu, albo do rozlanego zapalenia opon miękkich i do nieuniknionego zejścia śmiertelnego. Otwarcie zatem czaszki było w naszym przypadku podyktowane wskazaniem życiowem i rzeczywiście ocalenie życia chorego tylko operacyi przypisać należy.

Wymienione trudności rozpoznawcze, oraz częstość i niebezpieczeństwo tego powikłania, skłaniają niektórych autorów (Grunert, Körner, Heiman, Jansen i in.)

do przystąpienia odrazu do otwarcia czaszki w przypadkach, w których do przebiegu ropnego zapalenia usznego dołącza się gorączka, bole w okolicy potylicznej, lub skroniowej, zwłaszcza jeżeli równocześnie dają się wykluczyć inne przyczyny, szczególnie zatrzymanie ropy, i jeśli zwykłe środki przeciwzapalne i miejscowe zostają bez skutku. Gdzie zatem rozpoznanie przyrody i siedziby powikłania nie może być napewno uczynione, należy myśleć o tem, że ropień pozaoponowy stanowi najczęstsze powikłanie śródczaszkowe chorób usznych. Jansen znalazł je cztery razy częściej, niż zakrzep i zapalenie zatoki żylnej; 28 razy częściej, niż ropień mózgu, a pięć razy częściej w tylnym dole czaszkowym, niż w przednim.

Zasługuje jeszcze na uwagę fakt, że powikłanie w naszym przypadku przyłączyło się do choroby usznej nie ropnej. Aczkolwiek przypadki zapalenia wyrostka sutkowego i ropnych powikłań czaszkowych po nieropnych zapaleniach usznych i bez przedziurawienia błony są znane (Heiman, Zaufal, Wendt), to przecież nie są one częste. Przypadek nasz stanowi zatem, jak sądzę, pouczające wzbogacenie ubogiej pod tym względem statystyki Nierzadko też można spostrzegać, że zasadnicza ostra choroba uszna prędko się goi i krótszy lub dłuższy czas po całkowitem jej wyleczeniu występują objawy, wskazujące na zajęcie wyrostka sutkowego, lub na powikłanie śródczaszkowe, jak to miało miejsce w przytoczonym, a przez śp. prof. Obalińskiego operowanym przypadku. Zaufal, Leutert i inni uważali, że dwoinki (dyplokoki) mogą po wyleczeniu podstawowego zapalenia usznego otorbić się w jamie wyrostka sutkowego i pozostawać tam w utajeniu, aż do chwili wywołania w dogodnych do tego warunkach zapalenia kości skroniowej, lub innych powikłań.

Wspomniane wyżej zboczenie mowy, stwierdzone w tej chorobie, znajduje swoje wytłómaczenie w zmianach, znalezionych wśród operacyi w korze mózgowej, i może być uważane jako objaw κατ' ἐξοχὴν ogniska chorobowego w mózgu. Daje się ono określić jako *„aphasia motorica transcorticalis partialis„* (Wernicke); przyczyny jej szukać należy w uszkodzeniu drogi kojarzennej między ośrodkiem ruchowym mowy w trzecim zwoju czołowym, a ośrodkiem ideacyi, czyli innymi ośrodkami zmysłowymi i ruchowymi kory mózgowej (patrz „Przegl. lek.“ 1903, Nr. 1, 2, 3, 4). Bardzo ciekawą i dziwną wydawać się musi ta okoliczność, że zjawisko to wystąpiło dopiero w jakiś czas po operacyi, już po wydaleniu ropy i po oczyszczeniu jamy mózgowej, a zatem po zmniejszeniu ucisku śródczaszkowego, podczas gdy przez całe 2-letnie trwanie choroby nigdy czegoś podobnego nie zauważył chory, ani jego otoczenie. Zjawisko to jest w istocie dziwne: wytłómaczenie jego omówię na innem miejscu, w pracy mojej: „Choroby uszne, a zboczenia mowy“, dlatego na tem miejscu ograniczam się na samem tylko zaznaczeniu tych szczegółów, jako bardzo ciekawych i dość rzadkich.

Że przypadkowo przy operacyi znaleziony zakrzep zatoki żylnej nie zdradził się żadnymi objawami, nie powinno to nas dziwić. Skrzep był świeży, dobrotliwy, nie był zakażony, lub ropiasty, a więc nie dał powodu do rozniesienia cząstek zakażonych po ciele drogą naczyń krwionośnych: żeby zaś do tego wobec dalszego zwlekania z operacyą w krótkim czasie przyjść musiało, jest rzeczą jasną.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ludwig Schweinburg: **Handbuch der allgemeinen und speciellen Hydrotherapie für Studierende und Aerzte.** (*Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann*, 1904).

Pod powyższym tytułem wyszło świeżo dzieło o 280 str. w 8-ce, obejmujące z bardzo nieznacznymi brakami całokształt wodolecznictwa według dzisiejszego stanu tej nauki, z uwzględnieniem kąpieli elektrycznych, wodnych i świetlnych. oraz kąpieli nasycanych bezwodnikiem węglowym.

Autor, lekarz naczelny znanego wielu naszym rodakom zakładu leczniczego w Zuckmantel (Śląsk austryacki), omawia w części ogólnej fizyologiczne zasady działania zabiegów wodoleczniczych, oraz sposób ich wykonania. Liczne i starannie wykonane ryciny ułatwiają znakomicie poznanie poszczególnych zabiegów, oraz odnośnych przyrządów. Jako nowość w dziale zabiegów wodoleczniczych podnieść muszę ustęp o t. zw. „kinetoterapeutycznych kąpielach“ według pomysłu Leydena i Goldscheidera, łączących działanie lecznicze wody przez jej ciepłotę z leczeniem mechanicznem przez odpowiednie ruchy z oporem, wykonywane w kąpieli. Własność fizyczna cieczy, iż ciało zanurzone w niej traci wiele ze swego ciężaru, a więc że np. kończyna zanurzona w wodzie staje się lżejszą i nawet przy osłabionych mięśniach sprawniejszą do ruchów czynnych, z drugiej zaś strony opór wody, jako środka ruchu, spożytkowano tu bardzo sprytnie do celów mechanoterapii.

Część szczegółową, zawierającą opis zastosowania wodolecznictwa w różnych chorobach, począwszy od zakaźnych gorączkowych, kończy bardzo cenny dodatek Dra Oskara Frankla o zabiegach wodoleczniczych w chorobach kobiecych i położnictwie, oraz o pielęgnowaniu noworodka, rzecz bardzo mało dotąd uwzględniana w tego rodzaju dziełach.

Dzieło w całości odznacza się wielką znajomością przedmiotu i piśmiennictwa jego, oraz jasnością wykładu Za ujemną jego stronę, jako podręcznika, uważam brak krótkiego choćby zarysu dziejów wodolecznictwa, jaki znajdujemy np. w „Hidroterapii“ Smoleńskiego, z któregoby czytelnik, zwłaszcza kształcący się, mógł zaczerpnąć dowodów często tak potrzebnych wśród zbałamuconego naszego społeczeństwa, że n. p. nie ks. Kneipp „wynalazł“ wodolecznictwo. Bo w istocie jest ono dorobkiem wielu stuleci i pokoleń, począwszy od starożytności odległej, a w dorobku tym przeważną, lepszą część należy zawdzięczać zawodowym, uczonym lekarzom. *Dr. Jan Regiec.*

V. Wyciągi.

Behm. **Niepowściągłe wymioty ciężarnych i nowa teorya o istocie tej choroby.** (*Arch. für Gyn.* Tom 69, Zeszyt 2, 1903). Wyleczenie bardzo ciężkiego zakażenia połogowego wlewaniami do odbytnicy fizyologicznego rozczynu soli kuchennej naprowadziło autora, ze względu na niektóre wspólne objawy (tętno, pragnienie, ogólne osłabienie) do wypróbowania tego sposobu leczenia w jednym bardzo ciężkim przypadku niedających się powściągnąć wymiotów u 19-letniej pierwiastki w 4 miesiącu ciąży. Chora wymiotowała pokarmy płynne i stałe w dzień i w nocy i straciła na wadze w ciągu 5 tygodni 25 funtów. Tętno było drobne, szybkie, zmienne, do 120 na minutę; pragnienie nie dające się ugasić, cuchnienie z ust. Gorączki nie było, ani też białka w moczu; w narządzie rodnym stosunki prawidłowe, histeryę można było stanowczo wykluczyć. Stosowano wszystkie możliwe leki i poddawanie, lecz bezskutecznie tak, że w celu ratowania życia chorej pozostawało tylko wzniecenie poronienia. Po zastosowaniu wspomnianych wlewań skutek był wprost zdumiewający. Wymioty ustały, dokuczliwe pragnienie ustąpiło, tętno stało się pełniejsze, a już po kilku dniach mogła chora przyjmować pokarmy stałe. Charakterystycznem było to, że po zaprzestaniu wlewań nudności napowrót występowały, a po wznowieniu ich wymioty zupełnie ustępowały tak, iż nie ulegało

wątpliwości, że te wlewania miały tu znaczenie lecznicze, a nie sugestywne. Z końcem 5-go miesiąca ciąży zaprzestano regularnych wlewań — i nudności więcej nie wystąpiły. We właściwym terminie kobieta ta urodziła zdrowe dziecko, 10 minut jednak po porodzie wystąpiły napady drgawek porodowych, utrzymujące się dwa dni, poczem zupełnie ustąpiły i chora wyzdrowiała. Od tego czasu miał autor jeszcze pięć razy sposobność leczenia takich nadmiernych wymiotów opisaną metodą, zawsze ze świetnym wynikiem. Wszystkie 6 kobiet (5 pierwiastek i jedna wieloródka) znajdowały się w 2—4 miesiącu ciąży, u wszystkich części rodne okazywały stosunki prawidłowe i można było na pewno wykluczyć histeryę. Wskazując na znaczenie lecznicze tych wlewań, omawia autor krytycznie wszystkie dotychczasowe teorye o istocie tej choroby. Większość uważa ją jako nerwicę odruchową, żołądkową, wychodzącą z części rodnych, względnie jako objaw histeryi. *Ex juvantibus* sądzi autor, że przyczyna tych nadmiernych wymiotów leży we krwi ciężarnych i tylko w ten sposób można sobie wytłómaczyć znakomite działanie wlewań rozczynu soli kuchennej, które przepłókując niejako krew i podnosząc działanie narządów wydzielniczych: jelit, nerek i gruczołów potnych, usuwają toksyny, krążące we krwi. Pytanie, skąd one się tam biorą? Okoliczność, że z chwilą opróżnienia jamy macicy wymioty zwykle ustępują, nakazuje szukać źródła tego matczynego zatrucia ustroju w jaju płodowem i to nie, jak niektórzy sądzą, w wytworach przemiany materyi samego płodu, ale w jego częściach obwodowych, t. j. w łożysku i w błonach płodowych; za tem przemawia też tak wczesne wystąpienie wymiotów, kiedy więc o wpływie produktów samego płodu nie może być mowy. W ostatnich czasach wielu autorów zwróciło uwagę na regularne pojawianie się we krwi ciężarnych komórek syncytyalnych, a nawet całych kosmków (zapalenie nerek i drgawki); ta, rzec można, fizyologiczna intoksykacya komórkami „syncytyalnemi“ stoi niewątpliwie w związku ze zwykłą, również fizyologiczną u ciężarnych „emesis gr.“. Że wymioty te występują już tak wcześnie i trwają tylko do pewnego okresu ciąży, poczem same zupełnie ustępują, tłómaczy autor sposobem ustalenia się jaja w macicy. W pierwszych bowiem tygodniach ciąży wytwarzają się kosmki na całej powierzchni jaja, a opłókująca je krew, porywając ich nabłonki, zanosi do krwiobiegu. W miarę postępu ciąży i wytwarzania się łożyska, zanika znaczna część kosmków, a nabłonki ich syncytyalne dostają się wówczas całemi masami do krwi matki. Jestto istotnie czas (3—5 m. c.), kiedy zwykła „emesis gr.“ potęguje się z czasem do „hyperemesis“. Z chwilą zupełnego wytworzenia się łożyska (5—6 m. c.), gdy już wszystkie inne kosmki znikły z powierzchni jaja płodowego, ustają też zwykle wymioty same przez się. Autor uważa więc nadmierne wymioty ciężarnych, jako następstwo intoksykacyi krwi, wychodzącej z obwodowych części jaja, najprawdopodobniej natury „syncytyalnej“; wszystkie zaś inne czynniki, które uważano jako samoistną przyczynę tego cierpienia, należy uważać za czynniki przypadkowe, przyczyniające się do szybszego wystąpienia choroby, cięższego przebiegu i dłuższego trwania, nawet i w II. połowie ciąży i po opróżnieniu macicy. Do tych czynników przypadkowych należą: choroby mózgowe, nerkowe, przewodu pokarmowego, otrzewnej, macicy i jej przydatków, błednica, histerya. Zdaje się, że trucizna ta, wytwarzająca się może wskutek jakiegoś procesu chemicznego komórek „syncytyalnych“, a wywołująca chorobę, działa na cały układ nerwowy, a specyalnie na ośrodek wymiotny. W końcu omawia autor technikę wlewań. Zrana stosuje się lewatywę wypróżniającą, poczem chorą układa się na bok i wsuwa ostrożnie i możliwie wysoko do kiszki stolcowej zgłębnik elastyczny, połączony wężem gumowym z koneweczką, napełnioną rozczynem 0·6% soli kuchennej, ogrzanym do 28—30° C. Koneweczkę należy trzymać najwyżej 1 metr nad łożem chorej, by uniknąć zbyt silnego ciśnienia płynu. Przy zbytniej drażliwości jelit można dodać do rozczynu 15 kropel nalewki makowca. Jeżeli chora przy wpuszczaniu rozczynu odczuwa parcie na stolec, zniża się koneweczkę poniżej łoża; wskutek tego uspokaja się ruch robaczkowy jelit, poczem można znowu koneweczkę podnieść. Jeżeli przy zniżaniu rozczyn zanieczyści się kałem, należy go zmienić; w ten sposób obniżając i podnosząc koneweczkę, można najłatwiej wprowadzić do kiszki litr rozczynu, który ustrój w sobie zatrzymuje; czas trwania jest rozmaity, od kilku minut do dwóch godzin; trzeba więc mieć dużo cierpliwości. Powtarzając ten zabieg co dwie godziny, można w ciągu dnia wprowadzić do ustroju 4—6 litrów. W ten sposób postępuje się codziennie 1—4 tygodni, zależnie od stanu choroby. Zwykle po kilku już wlewaniach stan się poprawia. Rozumie się, że te same czynniki przypadkowe, o których wyżej była mowa, należy leczyć osobno i równocześnie. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Kundrat. **O rozszerzeniu się raka szyjki macicy na tkankę okołomaciczną.** (*Archiv für Gyn.*, Tom 69, Zeszyt 2, 1903). Korzystając z bardzo obszernego materyału, jakim, szczególnie pod tym względem, rozporządza oddział ginekol. prof. Wertheima, studyował autor stosunki na preparatach otrzymanych po doszczętnej operacyi sposobem Wertheima. Operacyi tej dokonano 150 razy, z czego przypada 80 na raka szyjki macicy. Zawsze starano się wyjąć całą tkankę przymaciczną i możliwie wszystkie gruczoły sąsiednie. Każdy z tych preparatów pooperacyjnych poddał autor bardzo dokładnemu badaniu makro- i mikroskopowemu; nic więc dziwnego, że ciężka ta i bardzo żmudna praca, w przebiegu której autor przeglądnął 21.000 preparatów drobnowidowych, trwała trzy lata. Wyniki są następujące: Tkanka przymaciczna była zajęta obustronnie 19 razy, jednostronnie 25 razy (6 po prawej, 19 po lewej stronie); czyli na 80 przypadków raka szyjki macicy znaleziono zajęcie tkanki przymacicznej 44 razy = 55%. Przy tej sposobności zauważono, że tylko mikroskop może rozstrzygnąć o zajęciu tkanki; pokazało się bowiem niejednokrotnie, że tkanka przymaciczna twarda i naciekła była często wolną, a miękka, na pozór zdrowa, w wysokim stopniu zajętą. Okoliczność ta nakazuje wielką ostrożność przy ocenianiu możliwości operowania danego przypadku; palec bowiem badający może znaleźć tkankę przymaciczną twardą aż do samych ścian miednicy i orzeka przypadek jako nie nadający się do operacyi, podczas gdy ona może być zupełnie wolną od utkania rakowego. I tak oznaczono tkankę przymaciczną klinicznie jako nacieklą 11 razy tam, gdzie mikroskop zupełnie nie wykazał raka. Wertheim odnosił to zjawisko do obrzęku tkanki w następstwie przeszkody w krążeniu. Zdaniem autora oporność tkanki przymacicznej niezajętej spowodowaną jest zmianami w naczyniach, a mianowicie zgrubieniem ich ścian, czasem aż do zupełnego zamknięcia światła, nie rozstrzyga autor jednak, czy te zmiany należy odnieść do raka, czy do przebytego zapalenia. Zmiany te ważne są także z tego względu, że stanowią niejako ochronę przeciw dostaniu się raka do krwiobiegu, a stawiając mu opór, nie pozwalają na szybkie rozszerzenie się choroby. To też i tu znaleziono 14 razy bardzo daleko posuniętego raka macicy, mimo że tkanka przymaciczna była wolną. Co się tyczy gruczołów limfatycznych, to one nie zawsze muszą być zajęte; w 22 przypadkach, gdzie nawet tkanka przymaciczna po obu stronach była zajętą, gruczoły były wolne; na odwrót było 8 przypadków, gdzie gruczoły były zajęte, a tkanka przymaciczna wolna. Trzy typy zauważył autor, według których rak się rozszerza: albo przechodzi on „in continuo“ z szyjki na tkankę przymaciczną, stanowiąc niejako jeden guz rosnący (17 przypadków), albo sprawa ogranicza się tylko do szyjki, ale tworzy przerzuty w gruczołach lub naczyniach limfatycznych, nawet dość odległych od źródła choroby (9 przypadków), albo wreszcie przydarzają się kombinacye obu powyższych typów. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Blumenthal i Rosenfeld. **O powstawaniu indykanu w ustroju zwierzęcym.** (*Charité-Annalen* XXVII, S. 46, 1903). Podczas gdy do niedawna ogólnie przyjmowano, że indykan stale tylko przy gniciu się tworzy, przyczem powstaje z indolu, starają się rozmaici autorowie dowieść obecnie, że indykan może także powstawać z rozpadu tkanek. Otrzymywano więc indykanuryę po wstrzykiwaniach w małej ilości kwasów siarkowego i szczawiowego; w tych doświadczeniach atoli nie były wykluczone krwotoki kiszkowe, które mogły były wywołać procesy gnicia w jelitach. Autorowie wykazali, że u głodzonego królika powstawała indykanurya, potęgująca się w czasie trwania głodu. W doświadczeniach tych krwotoki kiszkowe były wykluczone, treść zaś jelitowa nie zawierała indolu. Również nie udało się wykazać indolu w narządach królika. W ten sposób zyskują autorowie dowód, że indykan, przynajmniej u królika, nie musi powstawać z indolu. W dalszych doświadczeniach wywoływali autorowie u królika przez wstrzykiwanie: florydzyny indykanuryę, idącą w parze ze zwiększonem wydzielaniem azotu; z doświadczeń tych wyciągają oni następujące wnioski u głodzonego królika indykan nie powstaje w przewodzie pokarmowym z indolu; powtóre florydzyna wywołuje wraz z rozpadem białka indykanuryę, której brakowało u tych zwierząt, u których zatrucie florydzyną nie potęgowało wydzielania azotu. Dalszem zadaniem autorów będzie znaleźć w przewodzie pokarmowym, względnie w tkankach ustrojowych, ciało macierzyste dla indykanu, wydzielającego się u głodzonych królików, względnie zatrutych florydzyną. *Orzechowski.*

A. Heiman (Warszawa). **O stosunku ucha do t. zw. sfery nosowo-płciowej u kobiet.** (*Gazeta Lek.*, Nr. 38, 1903). Autor leczył kilka panien w wieku 18—27 lat, cierpiących na uporczywe bole ucha bez wykazalnej przyczyny. Najróżnorodniejsze środki lekarskie pozostały bez skutku. Gdy jedna chora zwróciła mu uwagę na istniejącą równocześnie miesiączkę, zbadał H. jej nos, gdzie znalazł mocne obrzmienie obu muszli dolnych, po znieczuleniu których 20% rozczynem kokainy bole ucha się zmniejszyły.

Próba ta kilkakrotnie powtórzona usunęła bole zupełnie. Po przypaleniu dolnych muszli galwanokauterem chora została zupełnie wyleczona i równocześnie ustały bole brzucha, towarzyszące miesiączce. W dwóch innych przypadkach autor osiągnął tensam skutek po przypaleniu muszli dolnych i przegrody kwasem trójchlorooctowym. We wszystkich trzech przypadkach obrzmienie błony śluzowej muszli dolnej odpowiadało stronie bolu ucha, jak w przypadkach Hauga. Natomiast w kilku przypadkach nerwobolu ucha z innej przyczyny pomazywanie obrzmiałych muszli dolnych 20% roztworem kokainy nie odniosło żadnego skutku. Stąd autor wyprowadza wniosek, że „dodatni wynik kokainizacyi ma takąsamą wartość dla ucha, jak dla narządów płciowych, t. j. jeśli bole ucha ustępują po znieczuleniu kokainą muszli dolnych i przegrody, mamy bezwarunkowo do czynienia z zaburzeniami sfery nosowo-płciowej; jeśli zaś otrzymujemy wynik ujemny, należy szukać przyczyny bolów gdzieindziej. H. sądzi, że w przypadkach, gdzie przyczyna bolów ucha określoną być nie może, próbę tę należy zawsze wykonywać. Zdaniem autora uzyskaliśmy w tej metodzie sposób nowy i doskonały usuwania bolów ucha w zależności od sfery płciowej, cierpienia, jak wiadomo, bardzo dotkliwego i trwającego często przez czas dłuższy. *Spira.*

Karschulin. **Pęknięcie woreczka żółciowego przy upadku z wysokości.** (*Wiener medizinische Wochenschrift* Nr. 23, 1903). Chory upadł z wysokości 4 mtr., zemdlał, a dopiero po pięciu godzinach wrócił do przytomności, przyczem poczuł silny ból w głowie i w brzuchu. Badanie wykazało brzuch wzdęty, dość twardy; w górnych tylko częściach wypuk był bębenkowy, zresztą wszędzie na brzuchu przytłumiony. Oddawanie kału nieco spóźnione, kał prawidłowej zbitości i barwy. Przez nakłucie brzucha wydobyto siedem litrów żółtaczkowo zabarwionego, początkowo rzadkiego, później nieco gęstszego płynu, którego badanie wykazało obecność barwików żółciowych, kryształków cholestearyny, białka, indykanu i skąpej ilości ciałek białych. Na mocy tego rozpoznano pęknięcie woreczka żółciowego i przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej. Jelita były mocno pozlepiane między sobą i z przednią ścianą brzucha tak, że się wytworzyła formalna przestrzeń postaci torbielowatej, w której znajdowała się tylko wątroba, bardzo zmniejszona, wysunięta ku górze wraz z przeponą aż do IV-go żebra. W woreczku żółciowym był otwór, drożny dla palca; szczypczykami chwycono jego brzegi, wyciągnięto i wszyto kilkunastu szwami w ranę brzuszną, do woreczka zaś wprowadzono sączek w postaci rurki grubości palca. Po 14 dniach zmniejszyła się ilość wydzielanej żółci, po siedmiu tygodniach przetoka została zupełnie zgojoną. *B. Żmigród.*

Gejman. **Odruchowy wpływ błony śluzowej jamy ustnej na ślinianki.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 17). Badając w pracowni profesora Pawłowa (Petersburg), wpływ drażnienia różnych części błony śluzowej jamy ustnej na czynność ślinianek, przekonał się G., że przetwory chemiczne wywołują odruchowo wydzielanie śliny tylko w razie drażnienia błony śluzowej języka, zwłaszcza jego podstawy, w mniejszym zaś stopniu przedniej części i dolnej powierzchni. Substancye o smaku gorzkim i słodkim wywołują, wbrew innym przetworom chemicznym, wydzielanie śliny prawie wyłącznie przy drażnieniu tylko podstawy języka. Bodźce chemiczne działają odruchowo przeważnie na gruczoł podszczękowy, w mniejszym stopniu na gruczoł podjęzykowy. Ślinianka przyuszna oddziaływa tylko na przetwory silnie działające. Na drażnienia cieplne najczulszymi okazały się dolna warga i podstawa języka, następnie podniebienie miękkie, warga górna, przednia część języka i podniebienie twarde, najmniej czułymi zaś są policzki. Drażnienia, sprawiające ból, wywołują odruchową wydzielinę śliny ze wszystkich części jamy ustnej z wyjątkiem policzków. Na bodźce mechaniczne najczulszem okazało się podniebienie miękkie, podstawa i górna powierzchnia języka; mechaniczne drażnienie policzków nie sprowadza wydzieliny śliny. Wszystkie drażnienia przenoszą się zapomocą nerwów językowego i językowo-gardłowego; wpływ nerwu językowego nie ogranicza się tylko do przedniej części języka, lecz rozprzestrzenia się i na jego podstawę. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Berlizheimer i Mayer. **Dwa przypadki tężca ostrego.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 42). Przy stosowaniu surowicy przeciwtężcowej wymaga Behring, by leczenie rozpocząć w 30 godzin po rozpoznaniu pierwszych objawów tężca i by dawka jednorazowa wynosiła przynajmniej 100 jednostek przeciwjadowych. Lecz mnożą się coraz częściej przypadki, które mimo spełnienia tych wymagań kończą się śmiercią; to też Bacelli zachwala dobre wyniki swojej metody leczenia tężca podskórnemi wstrzykiwaniami kwasu karbolowego (do 0·60 dziennie), która daje tylko 5·6% śmiertelności, czego jednak inni autorowie również nie potwierdzają. B. i M. donoszą o dwóch przypadkach ostrego tężca, leczonych surowicą, z których pierwszy został ocalony, a drugi zakończył się śmiercią.

Chora, która, jak się potem pokazało, przed 14 dniami upadła w ogrodzie na grzbiet i głowę bez żadnego zranienia, zachorowała wśród bolu głowy, wymiotów i wogóle zadrażnienia opon mózgowych tak, że przez dwa dni rozpoznanie zapalenia opon było prawie pewne. Dopiero wieczorem drugiego dnia wystąpiły typowe napady kurczów drgawkowych i tężcowych, do których na drugi dzień przyłączył się jeszcze wyraźny szczękościsk i uśmiech sardoniczny, wogóle obraz ciężkiego tężca bez podniesienia ciepłoty. Chora prócz wodnika chloralu w lewatywach po 2 grm. i podskórnych wstrzykiwań morfiny po 1—2 ctgm., dostała tego dnia podskórnie 250 jednostek uodparniających w 50 grm. płynu; następnego dnia dwie takiesame dawki i wieczorem trzeciego dnia czwartą dawkę, poczem bardzo powoli wracała do zdrowia; piętnastego dnia po pierwszem wstrzyknięciu śród dreszczów, wysokiej gorączki i swędzenia wystąpiła silna osutka, podobna do odrowej, na całem ciele, bole w stawach, obrzęki na ciele, znaczna ilość białka i wałeczki w moczu, któreto objawy po sześciu dniach ustąpiły.

Drugi przypadek dotyczył trzynastoletniego chłopca, który, przejechany przez tramwaj elektryczny, odniósł ranę na potylicy i zmiażdżenie stopy lewej w pobliżu stawu Lisfranca. Następnego dnia wykonano nieco atypową operacyę Lisfranca, poczem chory miał się względnie bardzo dobrze; rany na głowie i poamputacyjna goiły się prawidłowo, kiedy wieczorem dziewiątego dnia po doznanym urazie zaczął się skarżyć na bole gardła przy łykaniu i na drugi dzień wystąpiły wszelkie objawy tężca. Jeszcze popołudniu i wieczorem tego dnia dostał on dwie dawki surowicy Behringa po 100 jednostek przeciwjadowych, rana okazała się czystą. Na drugi dzień stan był jeszcze gorszy, wieczorem wstrzyknięto 100 jednostek przeciwjadowych po dokonanem w uśpieniu nakłóciu Quinckego do jamy opony twardej, lecz napady nie ustały, ciepłota, z początku prawidłowa, poszła gwałtownie w górę i chory zakończył życie w nocy; ciepłota w odbytnicy wzmogła się po śmierci do 41·0°. Wprawdzie śmiertelność przy podskórnem leczeniu surowicą przeciwtężcową wynosi 71%; musimy jednak wobec zupełnej bezskuteczności każdego innego leczenia, tę metodę zalecać; lecz należy wstrzykiwania podskórne i śródoponowe stosować jeszcze tego samego dnia. *Dr. Fels.*

Dr. P. Wulff. **W sprawie samoistnych krwawień z nerek.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 29). Mężczyzna 46 lat liczący, obciążony dziedzicznie gruźlicą i rakiem, już przed 7 laty oddawał przez dwa miesiące krwawy mocz. Obecnie krwawi już od 8 miesięcy. Klinicznie prócz wysokiego stopnia niedokrwawności, nic patologicznego nie można stwierdzić. Cystoskopem przekonano się, że pęcherz jest w stanie prawidłowym, a z prawego moczowodu spływa krew. W moczu: erytrocyty, białko w ilości odpowiadającej zawartości krwi, brak wałeczków itd. Ponieważ krwawienie nie ustawało, a zły stan ogólny nie pozwalał dłużej czekać, odsłonił W. nerkę prawą. Ani na powierzchni, ani na przekroju, jak niemniej i w samej miedniczce nie stwierdził żadnej zmiany patologicznej. Zdecydował się zatem na razie na zeszycie nerki i pozostawienie jej na miejscu. Kiedy jednak po 8-miu godzinach znalazł opatrunek krwią przesiąknięty, nerkę wyciął. Po trzech dniach mocz się oczyścił i chory wyzdrowiał. Podczas mikroskopowego badania nerki znaleziono zanik pojedynczych kłębuszków przybrzeżnych, nieco wałeczków szklistych, tu i ówdzie między wałeczkiem, a nabłonkiem kanalików małe kryształki, zresztą brak jakichkolwiek zmian w tkance miąższowej i śródmiąższowej. Ponieważ jednak zanik pojedynczych kłębuszków przybrzeżnych u ludzi w średnim wieku zdarza się bardzo często, a wałeczki bez równoczesnych zmian w nabłonku uważać należy za następstwo nefrotomii, wykonanej przed 8-miu godzinami, więc sądzi autor (nic o owych kryształkach nie wspominając), że w tym przypadku krwawienie miało miejsce z „narządu całkowicie zdrowego". W końcu wyklucza W. zmiany w moczowodzie, któreby mogły być źródłem krwawienia, które ustało w trzy dni po operacyi i odtąd nie powtórzyło się. *Herman.*

Prof. Dr. Jordan. **Przyczynki do objawów późnych kiły dziedzicznej.** (*Münchener med. Wochenschr.* 1903, Nr. 31). Dla praktyki nadzwyczaj ważną jest wiadomość, że kiła dziedziczna pojawia się niekiedy poraz pierwszy późno, w 10—25 roku życia, ograniczając się ściśle do jednej okolicy, lub jednego stawu. Zmiany te bardzo często uważane bywają za gruźlicze. Jako przykład przytacza J. przypadek obustronnego obrzęku kolan u oficera 22-letniego, leczonego długi czas bezskutecznie na sprawę gruźliczą, która ustąpiła szybko i bez śladów pod wpływem leczenia swoistego. Rozpoznanie w tym przypadku opierało się na 1) braku zwykłych czynników etyologicznych; 2) na obustronności cierpienia i wahaniu w natężeniu objawów; 3) na małej bolesności zajętych stawów i w parze z tem idącem bardzo nieznacznem upośledzeniem funkcyi, — wreszcie 4) na niewątpliwych datach wywiadowczych.

Drugie spostrzeżenie, tyczące 5-letniego chłopca, również ze zmianami w stawach kolanowych, różni się o tyle od poprzedniego, że tu kości stawowe były wyraźnie zgrubiałe. Miąższowe zapalenie rogówek, które wybuchło już po zmianach w stawach, naprowadziło na właściwe rozpoznanie. Leczenie swoiste dłuższy czas stosowane konsekwentnie, doprowadziło do pomyślnego wyniku. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kołbasenko. **Okłady wyskokowe.** (*Prakticzeski Wracz* 1903, Nr. 9). Okłady robi się w ten sposób: chorą okolicę ciała pokrywa się gazą, napojoną 70% do 95% wyskokiem, poczem nakrywa się papierem naparafinowanym, lub płótnem nawoskowanem. Delikatną i wrażliwą skórę lub rany należy wprzód pokryć proszkiem kseroformu, lub maścią kseroformową. Okłady te działają przedewszystkiem znieczulająco, jak długo okład jest wilgotny; po wyschnięciu bolesność wraca. To znieczulające działanie sięga daleko w głąb tkanek; stąd pożytek tych okładów w zapaleniach tkanki okołomacicznej, gruczołów szyjnych i t. p. Dalszą stroną dodatnią tych okładów jest zdolność powstrzymywania ropienia w jego rozwoju, albo łagodzenia nasilenia. *O.*

Moczopędne działanie teocyny. (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 20, 1903). Dr. Stross podaje wyniki, które osiągnięto na wewnętrznym oddziale wiedeńskiego szpitala powszechnego przy stosowaniu teocyny. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, iż moczopędne działanie jest silniejsze, niż teobrominy i kofeiny; działanie występuje też szybciej z powodu większej rozpuszczalności tego przetworu w wodzie. Podawano teocynę w 50 przypadkach, głównie w puchlinach, wywołanych chorobami sercowemi i nerkowemi. Ponieważ teocyna działa już w małych dawkach, nie stosowano nigdy szczególnie wielkich i dawano pierwszeństwo powolnemu odprowadzaniu przesączyny przed nagłem. Podawano 0·6—0·9 dziennie, podzielone na 2—3 proszki. Teocyna sprowadza nieprzyjemne objawy uboczne, jak nudności, wymioty, niepokój, ból głowy, bezsenność. Najlepiej podawać przedpołudniem 0·2—0·3 trzy razy dziennie, a ostatnią dawkę po obiedzie. Nigdy nie należy zażywać naczczo. Gdy chorzy nie znosili teocyny, łączono ją z 0·5 hedonalu, lub z kilku kroplami nalewki makowca i wilczej jagody w równej ilości, co często łagodziło dolegliwości. Wskazania są tesame, co dla przetworów teobrominy wogóle. Najskuteczniej działała teocyna w obrzękach zastoinowych; najlepiej zaś znosili ją chorzy w proszkach: *Rp. Theocini* 0·25—0·30
Extr. Belladon. 0·005—0·01, 2—3 razy dziennie.

Obok działania moczopędnego występują i obfite wypróżnienia, które przyczyniają się do usunięcia obrzęków. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w stwardnieniu tętnic wieńcowych serca, występowały napady padaczkowate, lecz czy w związku przyczynowym z teocyną, autor nie może rozstrzygnąć, ponieważ zdarzają się one wogóle w stwardnieniu tętnic wieńcowych serca. *Baschkopf.*

Arystol w rynologii i otologii. (*Die Heilkunde*. Zeszyt 7, 1903). Arystol, proszek czerwony, bardzo łatwo dający się rozpylać, nawet w większych dawkach nie działa trująco. Dr. Em. Fink twierdzi, że zastosowanie arystolu w rynologii i otologii przypisać należy jego własności zmniejszania wydzieliny błony śluzowej. W zanikowej przewlekłej formie nieżytu nosa i gardła wynik z tego leczenia był zawsze bardzo dobry, zwłaszcza jeśli wprzód należycie oczyszczono błonę śluzową zapomocą rozpylania 2—3 r. dz., roztworu: ½ łyżeczki *spirit. saponato-kalin.* na 300 grm. wody; wdmuchiwany następnie arystol działa bezpośrednio na błonę śluzową. Choćby jak bardzo uporczywym i przenikliwym był smród przy ozenie znika on wnet po zastosowaniu arystolu. Oczywiście arystol nie działa w „ozena luetica". Natomiast przewyższa co do pewnego, szybkiego działania wszystkie dotychczasowe leki w tak zw. „rhinitis nervosa" czyli „vasomotorica", do której też zalicza się gorączkę sienną. *Baschkopf.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 lutego 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 39.

I. Przewodniczący, wynurzając żal po stracie śp. kol. Stahlbergera, b. sekretarza Tow. lekarskiego lwowskiego, wzywa obecnych, aby powstaniem z miejsc uczcili pamięć przedwcześnie zmarłego.

Następnie przedstawia kolegów: Leszczyńskiego, Brühla i Sękiewicza jako gości.

Wyjaśnia członkom, żądającym pokwitowania przy wpłacie wkładek z roku zeszłego, że kwitów tych wskutek zamknięcia rachunków ze względów buchalteryjnych wydawać nie można.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: R. D. Rydygier, Trzcieniecki, Szymański i Sieradzki, który doradza, by wydawano osobne pokwitowania przy spłacaniu zaległych wkładek.

II. Kol. Łukasiewicz przedstawia chorych z kliniki dermatologicznej:

1) Chorego 24-letniego z objawami tocznia żrącego błony śluzowej podniebienia i lewego migdałka bez objawów tejże choroby na powłokach zewnętrznych.

2) Chorego 60-letniego z owrzodzeniem gruźliczem podostrem zajmującem cały bok i grzbiet języka po stronie lewej i lewy łuk. U chorego tego wykazano stare zmiany gruźlicze w płucach.

3) Chorego 10-letniego z objawami tocznia żrącego na I palcu ręki lewej.

4) Chorego 44-letniego z objawami twardzieli nosa, leczonego poza kliniką przez dłuższy czas wcieraniami szaruchy.

5) Chorą 29-letnią z objawami rozpadłego kilaka, zajmującego wargę sromną większą prawą i wzgórek łonowy na przestrzeni dłoni dziecka.

6) Chorą 11-letnią z objawami kilaka podniebienia twardego z następowym ubytkiem kości podniebienia twardego na przestrzeni grochu.

Kol. Łukasiewicz zwraca uwagę, że często w dzieciństwie nabyta kiła daje powód do mylnego później rozpoznania kiły dziedzicznej, przytaczając przypadek obserwowany w klinice, gdzie u dziecka 4-letniego pierwotna zmiana powstała na brodzie.

Dyskusya: Kol. Obtułowicz przytacza przypadek kilaka u panny 16-letniej, u której wywiadami udało się wykazać zakażenie w 2-gim roku życia.

III. Kol. Wątorek miał wykład p. t.: »Mechanizm 3-go okresu porodu. Cz. I«. (Przeznaczone do druku).

W *dyskusyi* zabierają głos koledzy: Hojnacki, Kadyi, Wątorek, Uhma, Skałkowski, Schramm, Mars i Szulisławski.

Kol. Hojnacki występuje przeciw odczytywaniu prac. Odpada w ten sposób zazwyczaj dyskusya dla spóźnionej pory. Czyni wniosek, by na następnem posiedzeniu poddać pod głosowanie, czy członkowie zgadzają się, aby prelegenci wygłaszali swe spostrzeżenia jak najtreściwiej. *Dr. J. Świątkiewicz* sekretarz.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 lutego 1903 roku.

Przewodniczący. kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 64.

I. Przewodniczący oznajmia, że wniosek kol. Hojnackiego (w sprawie zniesienia odczytów) dopiero po regulaminowem traktowaniu może być poddany pod głosowanie.

Kol. Gluziński zwraca się do zarządu z wezwaniem o regularne wysyłanie protokołów posiedzeń i obszerniejsze sprawozdania.

Kol. Przewodniczący odczytuje pismo Tow. lekarskiego galicyjskiego w sprawie zaległych wkładek, wzywając zarazem członków Towarzystwa do wyrównania zaległości.

Kol. Festenburg, wskazując na brak funduszów przy udzielaniu zapomóg wdowom i sierotom po zmarłych lekarzach, popiera wezwanie kol. Przewodniczącego.

Kol. Przewodniczący odczytuje pismo Wydziału gospodarczego Zjazdu lekarzy polskich na rok 1904. W myśl uchwały zarządu czyni kol. Przewodniczący wniosek, by delegatem Tow. lekarskiego lwowskiego wybrać kol. Stachiewicza. Wniosek przyjęto.

II. Kol. Machek wykłada »O zastosowaniu leczniczem jekwiritolu Römera i surowicy jekwiritolowej«, wyrabianych przez Mercka. Przedstawia następnie kilku chorych z łuszczką suchą, leczonych dawniej wszystkimi dotąd znanymi sposobami, u których zastosowano w końcu jekwiritol. Bystrość wzroku poprawiła się znacznie, a w jednym przypadku 20-krotnie. (Wykład ukaże się w druku).

Kol. Machek przedstawia dwa przypadki podwinięcia rzęs (*trichiasis*) z czółenkowatem wygięciem chrząstki, operowanych własnym sposobem, polegającym na przecięciu chrząstki i założeniu szwu mate-

racowego. Tym sposobem operowano w klinice w ciągu 2 lat 50 przypadków. (Opis operacyi okaże się w druku).

Dyskusya: Kol. Sieradzki, zaznaczając, że jekwiritol należy do działu toksalbuminów w rodzaju jadu węży, zwraca uwagę na długotrwałą odporność *(immunitas)* po użyciu tego środka.

Kol. Bednarski omawia dawkowanie jekwiritolu.

Kol. Bylicki zwraca uwagę, czy nie możnaby wobec niebezpieczeństwa użycia jekwiritolu stosować go tylko ściśle miejscowo, ustalając przedtem gałkę oczną.

Kol. Ballaban spostrzegał najlepsze wyniki przy łuszczce tkankołącznowej. Wobec surowicy jekwiritolowej środek ten nie jest tak niebezpieczny. Miejscowo ściśle nie można go stosować, gdyż działanie byłoby zbyt skoncentrowane.

Kol. Szulisławski, uznając stosowanie jekwiritolu w przypadkach łuszczki, podnosi znakomity wynik operacyi, wykonanej u chorej celem usunięcia podwinięcia rzęs (*trichiasis*).

III. Kol. Ziembicki G.: »O odpowiedzialności lekarskiej wobec śmierci wśród uśpienia narkotycznego«.

Prelegent, otrzymawszy w sprawie osobistej zupełną satysfakcyę, wysnuwa konsekwencye ogólno-lekarskie w sprawie stosunku lekarzy do prasy i publiczności. W razie śmierci podczas uśpienia, wskutek nieoględnych i przekraczających granicę dziennikarstwa wiadomości, alarmuje się i wywołuje panikę wśród publiczności. W innych krajach za rozsiewanie fałszywych, a szkodzących stanowi lekarskiemu wiadomości pociągniętoby dziennik do odpowiedzialności. Należałoby wymódz u prasy, by zasięgała informacyi u dotyczącego lekarza lub w Izbie lekarskiej. Z drugiej strony należałoby chorego, czy też jego otoczenie więcej przygotować na niebezpieczeństwo, jakie uśpienie chloroformowe za sobą pociągnąć może.

Dyskusya.

Kol. Uhma zapytuje, dlaczego w myśl uchwały z przed kilku lat nie podaje się uwiadomień o posiedzeniach naukowych Tow. lek. lwowskiego do dzienników politycznych? Powinno się umieszczać szczegółowe sprawozdanie i nie otaczać tajemnicą. Przytacza ustęp z »Kuryera lwowskiego«, tłómaczony z podręcznika lekarskiego, w którym autor niemal zawsze obwinia lekarza w razie śmierci usypianego. Ustęp ten mógł tylko lekarz umieścić i uczynił źle, bo jednostronnie. Izba lekarska powinna w takich razach umieszczać sprostowanie.

Kol. Przewodniczący objaśnia, że uchwała ogłoszeń posiedzeń odnosi się li tylko do tytułów i uwiadomienia takie do dzienników podawane będą.

Kol. Sieradzki objaśnia sprawę znieczulania narkotycznego z punktu prawnej odpowiedzialności, zwraca przytem uwagę, że dowieść winy w razie śmierci wśród znieczulenia niepodobna, uchylając oczywiście wypadki z nieostrożności jak: udławienie się sztucznymi zębami itd.

Kol. R. D. Rydygier jest przeciwny ogłaszaniu sprawozdań w dziennikach politycznych. Na to są wydawnictwa naukowe. Może za wiele jest tych »wiadomości lekarskich« w dziennikach. Co do usypiania to jest ono zawsze niepewne i uniewinni każdego lekarza z wyjątkiem zaniedbań, wywołujących uduszenie się chorego sztucznymi zębami lub tytoniem (przy żuciu). Bagatelizować go jednak nie wolno i w wielu wypadkach lekarz w sumieniu swem może być winien. Pociąganym do odpowiedzialności powinien być tylko usypiający, a nie operujący. Zbyteczne stronienie przed używaniem chloroformu uważa za złe.

Kol. Mayer sądzi, że nie tylko w sprawie usypiania chloroformem, ale i przy użyciu innych środków, jak morfiny, sprawa odpowiedzialności jest ważna. Zwraca uwagę, że lekarzy sądzą w takich razach sędziowie niekompetentni, nie znający się na rzeczy, a od wyroku odwołania niema. Powinno się starać, by nie wolno było wyrokować sędziom, zanim Wydział nie wyda opinii w tej sprawie.

Kol. Gluziński A. nie sądzi, by stosunki się poprawiły z umieszczeniem sprawozdań w dziennikach. Rozgłos, jaki towarzyszy w tego rodzaju wypadkach, ma dwojaką przyczynę. Raz, że zdarzył się w domu prywatnym, a po drugie — wina to lwowskich stosunków. Aż nadto fachowe pojawiają się wiadomości w dziennikach. Zmieńmy się sami, a takie artykuły, jak w »Kuryerze«, nie ukażą się.

Kol. Obtułowicz i kol. Sołowij popierają zdanie kol. Gluzińskiego.

Kol. Gońka wspomina o uśpieniu gazem rozweselającym.

Kol. Sieradzki omawia odpowiedzialność wobec sądu, sumienia i nauki.

Kol. Stroynowski popiera zdanie kol. Mayera o kompetencyi Wydziału w razie odpowiedzialności przed sądem.

Kol. Ziembicki sądzi, że odpowiedzialnym jest i usypiający i operujący. Co do stosunku z dziennikarstwem, chodzi mu tylko o *modus virendi*, o zapobieżenie wiadomościom, jako senzacyjnym wypadkom dziennikarskim.

Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia z powodu spóźnionej pory. *Świątkiewicz*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 marca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 45.

I. Kol. R. D. Rydygier L. przedstawia 1) chorego, u którego wykonał resekcyę szczęki górnej z powodu mięsaka tejże szczęki.

2) Chorego z nowotworem rozpadającym się, zajmującym całą lewą szczękę górną i oko lewe. Mimo sprawy chorobowej tak daleko posuniętej uważa przypadek ten jako nadający się do operacyi.

3) Chorego po operacyi raka odbytnicy, u którego prócz odbytnicy wycięto część gruczołu krokowego wraz z odpowiednią częścią cewki moczowej i szyjką pęcherza. Chory, liczący lat 26, ma się dobrze.

Prelegent zwraca uwagę na względną częstość schorzenia rakowego u osobników młodych. Przed kilku miesiącami operował raka odbytnicy u chłopaka 9-letniego. Prelegent omawia sposoby operowania raka odbytnicy.

Dyskusya.

Kol. Ziembicki G. podwiązywał w kilku przypadkach przy resekcyi szczęki górnej tętnicę szyjną dotwarzową *(carotis externa)*. Zabieg ten zmniejsza krwotok, nie pociągając za sobą złych następstw. W wyjątkowych przypadkach uważa zabieg ten za wskazany.

Kol. R. D. Rydygier zgadza się w zasadzie z tem zapatrywaniem. Sam operował zawsze bez podwiązywania tętnicy szyjnej dotwarzowej i nie zauważył znaczniejszych krwotoków. Nie godzi się na podwiązywanie tymczasowe, czy tętnicy szyjnej dotwarzowej, czy wspólnej. Zna przypadek, gdzie wskutek mimowolnego podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej, mimo natychmiastowego zdjęcia podwiązki, wystąpiły drugiego dnia zatory w mózgu.

II. Kol. Herman przedstawia chorego po operacyi nowotworu sieci. (Rzecz przeznaczona do druku).

III. Kol. Słęk przedstawia chorą, która zgłosiła się do kliniki chirurgicznej z objawami opadnięcia żołądka i nerek. Górna granica żołądka sięgała na palec powyżej pępka, dolna na 3 palce poniżej. Dziesiąte żebro ruchome. Nerka prawa leżała w miednicy wielkiej, górna granica jej znajdowała się na palec poniżej pępka. Granica górna nerki lewej była na wysokości pępka. Żołądek przyszyto sposobem Biera trzema szwami; nerki cięciem Simona przyszyto z obu stron sposobem Obalińskiego. Chora ma się dobrze. Jest to jedyny przypadek, znany w literaturze, przyszycia obu nerek jednokrotnym zabiegiem.

IV. Kol. Merunowicz (j.) przedstawia chorą z objawami tętniaka tętnicy głównej piersiowej zstępującej. Wywiady wykazują, że miał miejsce uraz, zadany w klatkę piersiową w miejscu powstania zmiany.

Dyskusya: kol. Mars stosował w przypadkach tętniaka tętnicy macicznej ucisk z czasowo dobrym wynikiem. Po zaprzestaniu ucisku guz znowu się powiększył.

Kol. Pisek przytacza doświadczenia Gołubina z Moskwy, robione w kilkunastu przypadkach. Stosowano tam wstrzykiwania żelatyny. Wynik był lichy.

Kol. Gluziński A. przypomina, że przed 3 laty ogłoszono wyniki, przeprowadzone w klinice lekarskiej we Lwowie z wstrzykiwaniami żelatyny. Poprawy nie widział i nawet przy krwotokach odstąpił od tego sposobu leczenia wobec ogłoszonych kilku przypadków tężca, powstałego po wstrzyknięciu. Co do chorej przedstawionej, nie nabrał przekonania, czy tętniak wychodzi z aorty zstępującej. Brak tu objawów ucisku na nerw błędny i oskrzela.

Kol. Schramm wspomina o sposobie leczenia tętniaków zapomocą wprowadzenia drutu (do 30 stóp) cienkiego, przez który przepuszcza się prąd elektryczny. Chodzi tu, tak jak i przy stosowaniu żelatyny, o wytworzenie skrzepu. Przy krwotokach polecają podawanie żelaty w lewatywach.

Kol. R. D. Rydygier nie bałby się wstrzykiwać żelatyny, przestrzegając wskazań aseptyki. Wyników dodatnich przy wstrzykiwaniach nie widział.

V. Dalszy ciąg dyskusyi w sprawie: »O odpowiedzialności lekarskiej w razie śmierci wśród uśpienia narkotycznego».

Kol. Schramm uznając konieczność stosowania chloroformu, jest przeciwny uprzedzaniu chorych o niebezpieczeństwie, mogącem wyniknąć z zastosowania chloroformu Odpowiedzialność ciąży w pierwszym rzędzie na operatorze. Wobec niepewności działania chloroformu odpowiedzialnym musi być lekarz tylko wtedy, gdy mu się stanowczy błąd udowodni.

Kol. R. D. Rydygier czyni odpowiedzialnym usypiającego, gdyż po 1) jest lekarzem, a po 2) operujący nie jest w stanie uważać na sam akt usypiania.

Zdaniem kol. Barącza odpowiedzialność przy usypianiu narkotycznem spada tylko na usypiającego. Doświadczenie codzienne poucza, że objawy duszenia się i omdlewania przydarzają się najczęściej lekarzom niedoświadczonym w tym zabiegu, stosującym środek do uśpienia użyty nieoględnie i że przy ostrożnie stosowanem usypianiu objawy te występują rzadko. Tak środek użyty do znieczulenia, jak i ilość tego środka należy indywidualizować, zależnie od wieku chorego, wyniku badania płuc, serca i nerek, zależnie od przyzwyczajenia chorego do napojów wyskokowych i t. p. Tylko doświadczony potrafi ocenić, jak należy w danym przypadku znieczulać. Dlatego uważa kol. Barącz zwyczaj używania stałych »narkotyzerów», wprowadzony w Anglii i Ameryce, jako korzystny dla operującego. Niema on wtedy odpowiedzialności w razie nieprzyjemnych następstw znieczulania.

W dalszej dyskusyi zabierają głos koledzy: Meyer, Ehrlich i Łukasiewicz.

Kol. Mars dzieli odpowiedzialność między operującego, a stosującego chloroform.

Kol. Stroynowski w myśl kol. Mayera przemawia za ewentualnem rozstrzygnięciem sprawy przez Wydział lekarski (w razie odpowiedzialności sądowej.

Kol. Obtułowicz wyjaśnia, że w razach wątpliwych sąd wzywa kwalifikowanych rzeczoznawców.

Kol. Ziembicki zwraca uwagę na przestrzeganie skrupulatniejszego badania tętna. Co się tyczy ratowania w zwyczajnem duszeniu się, to i po 2 godzinach udawało się odratować chorego. Gorzej w przypadkach, gdzie po pierwszych wdechach tętno spada. Kocher radzi wtedy wstrzykiwać rozczyn soli. Na wyrabianie się specyalistów do usypiania nie godziłby się. Byłoby wskutek tego mnóstwo lekarzy, nie umiejących używać chloroformu, a trdno mieć wszędzie specyalistę na zawołanie.

VI. Przewodniczący przedstawia wniosek kol. Uhmy. Część I brzmi: uprosić Izbę lekarską, by w przypadkach, kiedy prasa wystąpi z zarzutem przeciw lekarzowi, na życzenie tegoż sprawę zbadała i wynik swego badania opublikowała.

Przyjęto. *Dr. J. Świątkiewicz*, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Das Sanitätswesen in Bosnien und der Hercegovina 1878—1901. *Mit 2 Abbildungen und 2 Karten. Herausgegeben von der Landesregierung für Bosnien und die Hercegovina. Sarajevo. Landesdruckerei*, 1903, stronic 437.

(Dokończenie).

Sprawozdanie zastanawia się też nad trybem życia Bośniaków. Głownem ich pożywieniem jest chleb kukurydziany lub pszeniczny, w okolicach mniej urodzajnych owsiany, lub jęczmienny, dalej mleko, szczególnie kwaśne, u majętniejszych mięso baranie, lub kozie. W pożywieniu ważne miejsce należy się czarnej kawie; tytoń i śliwowica (rakija, mehka šljiva) cieszą się wielkiem użyciem. Stosując się do przepisów Koranu, mahometanie unikają zwykle napojów wyskokowych, przynajmniej wina; mniej nabożni uważają piwo i rakiję za dozwolone. Mieszkania Bośniaków przedstawiają się jako nędzne chałupy bez podłogi z desek; zamiast komina służą otwory w dachu; okienka małe, zwykle papierem zalepione; przewietrzanie odbywa się przez otwieranie drzwi, jeśli wogóle nie żal drogocennego ciepła. W małym „pokoju“ — sit venia verbo — mieszka często 10—15 osób, suszy się w zimie bielizna, przebywają przez noc także zwierzęta domowe (owce, barany, cielęta i t. d.). Naturalnie takie niehigieniczne mieszkania mogą się stać łatwo gniazdem chorób zakaźnych. Niemniej niehigienicznem jest pielęgnowanie dzieci. Matki karmią niemowlęta piersią do trzeciego, nawet czwartego roku (aby zapobiedz ponownemu zastąpieniu), przytem pomagają sobie chlebem, owocami, skutkiem czego powstają częste nieżyty jelit i wielka śmiertelność noworodków. Uderzająco znaczny przyrost ludności tłómaczy się nadzwyczajną płodnością. Zwyczaje i wierzenia wpływają również niekorzystnie na zdrowie. Tyczy się to głównie niewiast mahometańskich. Dziewczęta wychodzą za mąż bardzo wcześnie, często już w 13—14-tym roku życia tak, iż słabsze i mało rozwinięte nie mogą, jako matki, pokonać szkodliwych następstw częstych porodów i wieloletniego karmienia. Zamknięte przeważnie w dusznem mieszkaniu, pozbawione świeżego powietrza i ruchu, zapadają turczynki często na niedokrewność, choroby macicy, rozmiękczenie kości i gruźlicę płuc. Do tego przyczynia się nieprzezwyciężona obawa pokazywania ciała lekarzowi, co uniemożliwia badanie i wykonanie potrzebnych zabiegów.

Powszechnie dziś zaprowadzonego obowiązkowego oglądania zmarłych niema z powodu oporu mahometanów, wynikającego znów z przepisów religijnych. Według Koranu nie śmie nawet własny mąż widzieć zmarłej żony, ponieważ ze śmiercią ustaje łączność małżeńska, a mąż wobec swej żony jest wtedy obcym. Taksamo nie wolno oglądać zwłok męskich, co najwyżej dolną tylko połowę ciała z wykluczeniem części płciowych. Koran nakazuje też jak najszybsze pochowanie zwłok. Szczególnie sprzeciwiają się muzułmanie obdukcyi. Oględziny zmarłych obecnie następują tylko w przypadkach śmierci nagłej podczas epidemii, w razie podejrzenia o popełnioną zbrodnię i z polecenia sądowego.

Zwyczaje, przestrzegane przy grzebaniu zwłok, są pod względem higienicznym z różnych powodów szkodliwe. Tak przepisy rytualne, jak i lęk przed zmarłymi zabraniają dłuższego zatrzymania zmarłego. Mahometanie i żydzi hiszpańscy grzebią swych zmarłych już w kilka godzin po śmierci, o ile możności jeszcze przed zachodem słońca. Jeżeli to szybkie pochowanie jest ze względu na brak trupiarni w wielu miejscowościach korzystnym czynnikiem higienicznym, to z drugiej strony umożebnia ono pogrzebanie żywcem, wobec braku obowiązkowego oglądania zmarłych. Bez względu na chorobę, która była przyczyną śmierci, zwłoki bywają u wszystkich wyznań myte, szczególnie starannie u muzułmanów. Ci zwykle kładą zawinięte w płótna zwłoki na mary i przenoszą jaknajszybciej do dżamii (meczetu), a po odprawieniu tu modlitw przenoszą natychmiast na cmentarz. Brak właściwego pochodu pogrzebowego i mały współudział w pogrzebie u muzułmanów należy ze stanowiska higienicznego uznać za korzystny. Mahometanie nie używają trumien; zwłoki wkłada się do dołu 1—$1\frac{1}{2}$ metrów ledwie głębokiego, pokrywa się przekątnie deskami i ziemią tak, iż pod deskami pozostaje przestrzeń, powietrzem wypełniona, w której spoczywają zwłoki. Żydzi grzebią również bez trumien. Ortodoksi i katolicy chowają zmarłych w trumnach.

Cmentarze mahometańskie zakładano zawsze w środku osady, w pobliżu dżamii. Do ostatnich czasów utrzymał się u muzułmanów zwyczaj grzebania na gruntach prywatnych. Rozumie się, iż rząd obecny uregulował tak czas grzebania zmarłych, jak i cmentarze, przyczem władze musiały bardzo ostrożnie postępować, by nie obrazić religijnych uczuć i tradycyi muzułmanów.

W rozdziale VI sprawozdanie zajmuje się ostremi chorobami zakaźnemi (epidemie). Uderza tu rozdział o ospie; choroba ta od wieków grasuje w Bośnii i Hercegowinie i zabierała nieraz więcej ofiar, niż wszystkie inne epidemie razem wzięte. Ludność uważała ją przed okupacyą za zwykłe zjawisko, nawet za chorobę nieuniknioną. Prawie każdy Bośniak przebywał w młodości ospę, a liczba starszych, zeszpeconych bliznami poospowemi, jest uderzająco wielką. Niemałą część oślepnięć, utraty słuchu, różnych zniekształtnień należy położyć na karb ospy. Termin, w którym ospa utraciła swoją cechę epidemiczną, względnie wygasła, przypada dokładnie na czas, w którym poddano ludność ogólnemu ochronnemu szczepieniu krowianką. Cóż na to powiedzą przeciwnicy szczepienia ochronnego ospy? Przeciw błonicy zarządzono powszechnie leczenie surowicą przeciwbłoniczą, jeżeli lekarz nie spotka sprzeciwienia się ze strony rodziny. Stosuje się też w Bośnii surowicę przeciwbłoniczą zapobiegawczo. Odsetek śmiertelności u chorych błoniczych, nieleczonych surowicą = 43—66%, u leczonych surowicą = 6—11%. Epidemie duru brzusznego również często się tu przydarzały, do czego bardzo przyczyniły się cysterny, dostarczające Bośniakom wody do picia, w wysokim stopniu zanieczyszczonej wszelkimi możliwymi odpadkami.

Z przewlekłych chorób zakaźnych należy przytoczyć w pierwszym rzędzie kiłę („frenjak“), która nadzwyczaj była częstą. Za-

każenie następowało rzadko przez spółkowanie, najczęściej było ono pozapłciowem, przyczem błona śluzowa jamy u tnej wielką odgrywała rolę, a w przenoszeniu się choroby pośredniczyły naczynia, używane podczas jedzenia i picia, fajki i tureckie „nargileh", krążące od ust do ust. Bardzo często spotkać się też można było z strupieniem woszczynowym, szczególnie u muzułmanów; prof. Neumann z Wiednia twierdzi, że niema prawie kraju, w którymby tak często stwierdzić było można tę chorobę, jak w Bośnii i Hercegowinie. Przyczyny, przynajmniej u muzułmanów, znowu należy szukać w zwyczajach religijnych. Pobożni Turcy, podobnie jak pobożni żydzi, golą sobie głowę kilka razy w roku; domorosły golarz posługuje się brzytwami brudnemi, nadto jeszcze tępemi, kaleczącemi skórę, które obok nieczystego ręcznika i wspólnego dla wszystkich mydła przenoszą chorobę. Przyczynia się też niedostateczna pielęgnacya skóry głowy, bo Turek rzadko lub prawie nigdy nie odkrywa głowy. Pomijając inne przewlekłe cierpienia, wspomnę o chorobie, naszym lekarzom mało znanej: o trądzie. W dawniejszych czasach przydarzał się trąd często, obecnie tylko sporadycznie. Po okupacyi lekarze podejrzywali w wielu przypadkach tę chorobę, pewności nabyto dopiero, gdy Neumann przy sposobności podróży naukowej, wśród 800 badanych chorych stwierdził 8 przypadków trądu guzowatego. Do końca 1901 roku stwierdzono 251 przypadków trądu, z których 37 już umarło. Urzędom i lekarzom nakazano donosić o każdym przypadku, a szczególną zwracać uwagę na postacie guzowate, o ile zaraźliwość tej postaci powiększa się po pęknięciu guzów. Ze względu na wielką zaraźliwość trądu, który przenosić można ubraniem, naczyniami, służącemi do jedzenia i picia, pościelą, bielizną, a przedewszystkiem opatrunkami chorych, zarządzono dokładne odkażanie, a nawet, o ile to wykonalne, palenie tych przedmiotów. Godzi się tu wspomnieć o wieloletnich skrzętnych badaniach Dr. Glücka nad trądem w ogólności, a w Bośnii i Hercegowinie w szczególności. Jedną z jego prac rozesłał rząd okupacyjny wszystkim lekarzom w kraju, a lekarz serbski Dr. Mičić przetłomaczył ją na język serbski z polecenia swego rządu, który rozesłał ją jako pouczenie o trądzie wszystkim lekarzom praktykującym w Serbii.

Inną rzadką chorobą, którą we własnej praktyce mało lekarzy miało możność spostrzegać, jest rumień lombardzki (pellagra, scorbutus alpinus, mal del sole, lepra italica, raphania maisitica itd.). Gdy w r. 1897 stwierdzono sześć przypadków tej choroby, zwrócili lekarze na nią baczną uwagę, ponieważ w kraju istniały te samo warunki do jej rozwoju, jak w państwach europejskich, w których panuje ona endemicznie, jak n. p. we Włoszech, północnej Hiszpanii, południowej Francyi, Rumunii, Bukowinie itd.

Wól jest w krajach zajętych chorobą endemiczną.

Ciekawym jest też rozdział sprawozdania, poświęcony opisowi kontroli sanitarno-policyjnej nad bośniacko-hercegowińskimi muzułmanami, odbywającymi pielgrzymkę do Mekki. Koran zaleca każdemu wyznawcy islamu przynajmniej raz w życiu odbyć pielgrzymkę do Mekki, do „Kaaby". Tu stykają się bośniaccy mahometanie z pielgrzymami, w których ojczyźnie stale grasuje cholera i dżuma. Skutkiem tego pielgrzymki te stanowią rokrocznie powracające niebezpieczeństwo dla Europy i były przedmiotem narad kilku międzynarodowych konferencyi sanitarnych, w których brał udział i rząd bośniacki przez swych delegatów. Rząd zorganizował bośniackich pielgrzymów w jeden zastęp. Gdy wracają z Mekki, wysyła się naprzeciw nich lekarza rządowego, który rozciąga opiekę nad zdrowiem pielgrzymów aż do powrotu do kraju. Misya bośniacko-hercegowińskich lekarzy, towarzyszących wracającym pielgrzymom, jest uciążliwą, połączoną z wielu niebezpieczeństwami i wielce odpowiedzialną. Energii tych lekarzy należy zawdzięczyć, iż dotychczas udało się zapobiedz zawleczeniu chorób zakaźnych do kraju.

Bardzo pouczającym jest rozdział: „opieka nad obłąkanymi". Władze otomańskie rzadko się troszczyły o umysłowo chorych; pozostawiano ich losowi i bito, gdy popełniali wybryki. Niektórych mahometańskich obłąkanych współwyznawcy uważali za świętych. Dotkniętych szałem ludność, szczególnie chrześciańska, poczyta za „opętanych przez szatana". Gdy który popadł w szał, wiązano go, puszczano krew z okolicy ciemieniowej i zaprowadzano, — stosownie do wyznania, — do duchownego, który nad nim odmawiał modlitwy, dawał „zapisi" do noszenia na szyi. Księża katoliccy czytywali przytem egzorcyzmy. Zajmującą jest rzeczą, iż wyznawcy różnych religii przypisywali nawzajem swym kapłanom i przykazaniom wiary moc uzdrawiającą. Mahometanie i ortodoksi zwykli byli także prowadzić swych „męczenników", t. j. obłąkanych, do kościołów katolickich lub innych miejsc świętych, w których oczekiwali wyleczenia. Jeżeli w obłąkanie popadł człowiek bogaty i stał się niebezpiecznym, odwożono go, co prawda w rzadkich przypadkach, do zakładu dla obłąkanych w Konstantynopolu lub do zakładu w Austryo-Węgrzech, ponieważ w kraju takiego zakładu nie było, a właściwie i teraz jeszcze niema. Po okupacyi wystarał się rząd, by na jego koszt przyjmowano obłąkanych Bośniaków do zakładu peszteńskiego, później kroackiego. Po otwarciu nowego szpitala krajowego w Sarajewie zamieniono stary szpital turecki (Vakufspital) na stacyę obserwacyjną dla obłąkanych.

Ostatni rozdział poświęca Sprawozdanie źródłom mineralnym i zdrojowiskom, których znaczna liczba odznacza się szczególnemi własnościami leczniczemi, a rozbiór chemiczny prof. E. Ludwiga wykazuje silną mineralizacyę tych wód. Źródeł mineralnych jest 85 w Bośnii i 3 w Hercegowinie. Głównie znane są cieplice siarczane w Ilidže przy Serajowie; dalej szczawa, zawierająca sól glauberską, w Kiseljaku i wiele innych; źródła witryolowe, zawierające żelazo i arszenik w Srebrenicy (coni guber, mala kiselica, velika kiselica, covena rijeka, stara voda itd.). W okolicy, w której teraz znajduje się miasteczko Srebrenica, już za czasów rzymskich była siedziba urzędnika „procurator metallorum" i oddawna używala ludność miejscowa tych wód mineralnych przeciw chorobom ocznym, bólom głowy, brakowi łaknienia, świerzbowi i innym chorom skórnym. Wiedeńscy profesorowie polecają gorąco wodę Gubera z powodu łatwej jej strawności; Glück doniósł też o leczeniu trądu zapomocą tych źródeł.

Streszczając powyższe uwagi, zaczerpnięte ze „Sprawozdania" rządu bośniacko-hercegowińskiego, obejmującego pokaźny tom o 437 stronicach, można twierdzić, iż z porównania stosunków zdrowotnych, jakie Austrya przy okupacyi napotkała, ze stanem obecnym, każdy słusznie wysnuje wniosek, iż gdyby rząd okupacyjny prócz wzorowej organizacyi służby zdrowia nic więcej nie był zdziałał, jużby sobie przez to samo zasłużył na wielką wdzięczność ludności bośniacko-hercegowińskiej, na uznanie wszystkich bezstronnych ludzi.

Kończąc nasze sprawozdanie ze „Sprawozdania", z wielkiem zadowoleniem zaznaczamy, iż w „Sprawozdaniu" rządowem chlubnie zostały zapisane między lekarzami nazwiska kilku pracowników polaków, jak Leopolda Glücka, obecnie kierownika szpitala sarajewskiego, który zasłynął także poza granicami kraju, jako pierwszorzędny leprolog, dalej Justyna Karlińskiego, wytrawnego bakteryologa, Romana Wodyńskiego, prosektora szpitala sarajewskiego.

Dr. Baschkopf.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po oddaniu czci ś. p. prof. Brodowskiemu przez kol. przewodniczącego, miał odczyt kol. Dr. Spira p. t.: „Choroby uszne i zaburzenia mowy".

Z Sejmu. W sprawie zakładów dla obłąkanych, rozszerzenia istniejących i zbudowania nowych, Komisya sanitarna złożyła Sejmowi »Sprawozdanie« o przedłożeniach Wydziału krajowego w tej sprawie i poczyniła wnioski, które W. Sejm zatwierdził. Osnowa tego »Sprawozdania« jest następująca:

Podług urzędowych dat statystycznych za rok 1902 znajduje się w kraju obłąkanych w ścisłym słowa znaczeniu, nie wliczając w to osób umysłowo niedołężnych i matołków, 4.968, czyli 0.69‰ ludności. Z tego przypada na wschodnią połać kraju 3.011, czyli 0.65‰, a na zachodnią 1.957, czyli 0.73‰. Z całej tej liczby 4.968, było w roku 1902 umieszczonych w zakładach zaopatrzenia 167 osób, czyli 3·3%; umieszczonych w szpitalach było osób 2.151, czyli 43·%; pod opieką zaś rodzin, względnie gmin, pozostawało 2.650 osób, czyli 53·3% wszystkich obłąkanych. Liczby te świadczą aż nadto dobrze o tem, co i ile w tym kierunku zdziałać należy. Smutniej jeszcze przedstawiają się te stosunki, jeżeli uwzględnimy całą liczbę umysłowo chorych, znajdujących się w kraju, gdyż liczba ta wynosi z górą 8.000 osób, a więc odsetkowe liczby chorych nieumieszczonych wzrosną w dwójnasób i odsetek ten nieumieszczonych wynosi w rzeczywistości 73%, czyli, że umieszczonych jest tylko 27%.

Statystyka innych krajów wykazuje, że nie wiele więcej nad połowę ogólnej liczby obłąkanych pozostawać może na wolności bez obawy o bezpieczeństwo publiczne. Takich zatem będzie u nas około 4.000. Z pozostałej połowy można przyjąć około 1.500 osób, które tylko czasowo potrzebują leczenia w zakładzie. Reszta jednak obłąkanych, około 2.500 osób, powinna znaleść w zakładach stałe umieszczenie.

Obecnie posiadamy w kraju dwa zakłady dla obłąkanych: w Kul-

parkowie i Krakowie. Zakład kulparkowski, urządzony pierwotnie na 560 łóżek, mieścił w r. 1902 przeciętnie 876 chorych dziennie, czyli w przecięciu o 316 więcej, aniżeli było miejsca. W szpitalu krakowskim, urządzonym pierwotnie na 70 łóżek, bywa dziennie przeciętnie 140 chorych, a liczba ta dochodzi czasami do 160! Tu napomknąć jeszcze należy, że stosunki te zmieniają się z każdym rokiem na gorsze.

Rzecz niemal nie do uwierzenia — i łatwo wysnuć stąd wnioski, jakie stosunki panować muszą w tych zakładach, pomimo wszelkiej gotowości ze strony Wydziału krajowego w zaradzeniu złemu i mimo wszelkich wysiłków ze strony lekarzy, zajętych w tych szpitalach. O właściwem klinicznem i psychiatrycznem leczeniu prawie że mowy niema i lecznice te schodzą do rzędu zakładów wprost detencyjnych. A jeżeli od czasu do czasu słyszeć się dają okrzyki oburzenia w kraju z powodu smutnego jakiegoś wypadku z chorym w jednym czy drugim szpitalu, to raczej dziwić się należy, że wypadków tych jest tak nie wiele, wobec panujących tam stosunków, przejmujących wprost grozą. Szpitale nasze, nawet jako zakłady detencyjne, nie mogą uczynić zadość potrzebie, gdyż mają ponad 53% umysłowo chorych, potrzebujących koniecznie opieki szpitalnej, a dla braku miejsca opieki tej pozbawionych.

Sprawa o zaradzenie złemu toczy się już od szeregu lat, a ostatecznym wynikiem prac przygotowawczych w tym kierunku jest przedłożone Wysokiej Izbie sprawozdanie Wydziału krajowego z 5. września 1903. w którem Wydział krajowy przedstawia dwie alternatywy: 1. Przeistoczenie obecnego głównego gmachu w Kulparkowie i budowę nowych pawilonów na gruntach Kulparkowa z ogólnem pomnożeniem liczby łóżek o 500. 2. Przebudowę obecnego głównego gmachu i budowę dwu pawilonów z ogólnem pomnożeniem łóżek o 200 w Kulparkowie, z równoczesnem zakupnem pałacu w Krystynopolu na umieszczenie 300 chorych, po stosownem przekształceniu tego gmachu.

Komisya oświadcza się za pierwszym z tych projektów, a to z następujących powodów:

1. Obszar gruntów kulparkowskich, wynoszący przeszło 60 hektarów, nadaje się znakomicie nietylko pod budowę obecnie projektowanych pawilonów, — ale mógłby nawet wystarczyć jeszcze bardzo dobrze, gdyby kiedyś po szeregu lat wystąpiła potrzeba ponownego rozszerzenia. 2. Drugim powodem jest wzgląd na wodę. Kulparków ma projektowane połączenie z wodociągiem lwowskim i zaopatrzony będzie w wodę zdrową o znanej jakości, podczas gdy na sprawę ewentualnego zaopatrzenia Krystynopola w wodociąg musimy się dziś z pewnemi wątpliwościami zapatrywać, — ponieważ studnia, mająca pokryć w Krystynopolu zapotrzebowanie wody, nie była badaną. 3. Ważnym czynnikiem jest tu również wzgląd finansowy. Wybudowanie nowych pawilonów w Kulparkowie wynosi kwotę 1,185.550 K., a więc o 30.721 K. mniej, niżeli kosztowałaby kombinacya z Krystynopolem, wyrażająca się cyfrą 1,216.271 K. 4. Roczne wydatki na administracyę Krystynopola przewyższają koszta admnistracyi rozszerzonego zakładu w Kulparkowie o kwotę 13.898 K. 5. Sprawozdanie Wydziału krajowego podnosi okoliczność, że żywienie chorych w Krystynopolu będzie tańszem, aniżeli ono jest i będzie w Kulparkowie, gdyż zaprowadzi tam jedną tylko normę żywienia. Komisya przyjmuje naogół twie dzenie to, jakkolwiek na razie cyfrowo uzasadnić go nie może.

Z tych więc wyszczególnionych względów oświadcza się Komisya sanitarna za wnioskiem Wydziału krajowego, projektującym rozszerzenie zakładu przez przeistoczenie gmachu głównego i budowę pawilonów na gruntach Kulparkowa z pomnożeniem liczby łóżek o 500.

W ten sposób znajdzie normalne umieszczenie w Kulparkowie 1.060 chorych, zaś w oddziale dla obłąkanych w Krakowie 70, czyli razem 1.130 chorych.

Jeżeli jednak nawet przypuścimy, że Kulparków, w razie rozszerzenia, obliczony na 1.060 chorych, pomieści osób 1.200, a więc o 140 osób ponad normę, a w Krakowie 100, a więc 30 ponad normę, może być w ten sposób umieszczonych razem 1.300 obłąkanych, czyli 26% ogólnej liczby umysłowo chorych w ścisłem słowa tego znaczeniu, potrzebujących koniecznie opieki szpitalnej.

Jeżeli się przeto rozważy ten fakt, że pozostanie pod opieką rodziny, albo gminy, 3 668 osób obłąkanych, nietylko straconych ekonomicznie dla społeczeństwa, ale co gorzej, będących wielkim jego ciężarem, bo nietylko, że są to osobniki wprost nieprodukcyjne, ale co gorzej, uniemożliwiające nieraz pracę całej rodzinie i t. d., musi się przyjść do przekonania, że na tem, co się dziś uchwali, poprzestać nie można, że są w tym kierunku bezwzględnie i nieodzownie konieczne dalsze inwestycye w dobrze zrozumianym, humanitarnym i ekonomicznym interesie kraju.

Jak już na wstępie Komisya na tle liczb urzędowych zaznaczyła, wynosi odsetek chorób umysłowych w zachodniej części kraju 0 73%, a liczba obłąkanych 1957 osób. Z całej tej liczby znajdowało się w r. 1902 w leczeniu w Kulparkowie 433 osob, w Krakowie zaś leczono chorych 409, — zaś 1115 osób wcale pomieszczonych nie było, — pomimo że szpital krakowski, przeznaczony pierwotnie na 70 łóżek, miewał dziennie nawet po 166 chorych, a więc prawie półtrzecia raza tyle, ile normalnie pomieścić może.

Takie stosunki domagają się koniecznej jak najrychlejszej naprawy i wymagają możliwie jak najrychlejszego założenia drugiego zakładu leczniczego dla umysłowo chorych w zachodniej części kraju.

Na podstawie powyższych wywodów Komisya sanitarna wnosi:

Wysoki Sejm raczy uchwalić:

Upoważnia się Wydział krajowy:

1) do przeistoczenia głównego budynku i wystawienia sześciu nowych pawilonów w Kulparkowie kosztem 1,185.550 K.;

2) do zaciągnięcia pożyczki z funduszu rezerwowego majątku zakładu kulparkowskiego, z pokryciem reszty pożyczką krajową.

3) Sejm poleca Wydziałowi krajowemu, ażeby w przeciągu przyszłego roku przedłożył Wysokiej Izbie gotowe już plany i kosztorysy na budowę zakładu dla obłąkanych w zachodniej części kraju na 500 łóżek;

4) na przedwstępne badania, na sporządzenie planów i kosztorysów, na budowę zakładu dla obłąkanych w zachodniej części kraju, wyznacza się Wydziałowi krajowemu kredyt w wysokości 8 000 K.

(Dokończenie nastąpi).

* Od Nowego roku, pod kierunkiem naukowym prof. Renaut, zacznie wychodzić nowe czasopismo p. t. „Revue générale d' histologie". Szczegółowy program tego wydawnictwa wykazuje, że będzie to zupełnie nowy typ pisma, wychodzącego zeszytami w niestałych okresach czasu. Do spółpracownictwa zaproszony został z Krakowa prof. Browicz. Uznając najwyższą kompetencyę prof. Browicza w zakresie histologii wątroby, prof. Renaut zaprosił go do napisania monografii »O histologii i histofizyologii komórki wątrobowej«.

* Zatarg między Izbą lekarską niższoaustryacką a cesarskim namiestnikiem, wywołany nieporozumieniem między jednym lekarzem praktycznym a dyrektorem szpitala i następową enuncyacyą jurydyczną p. namiestnika, zaszedł tak daleko, że Izba złożyła swe mandaty. W cztery dni po tym akcie namiestnik wystosował pismo do Izby, w którem oświadcza, że złożenie mandatów przez członków Izby jest czynem bezprawnym i żąda ostatecznego oświadczenia się w tej sprawie, przytem przestrzega, że jeśli Izba nie podejmie swych czynności, rząd wyznaczy komisarza do rządzenia przejściowo, a następnie rozpisze nowe wybory.

* Dr. Norbert Gertler mianowany został w m. październiku asystentem profesora higieny w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Do Towarz. Samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: Koll: Ehrenpreis (Kraków), Frostig (Bełz), Gabel (Jaworów), Kapelner (Kraków), Koerner (Monasterzyska), Lisowski (Lwów), Maciejowicz (Waręż), Singer (Lwów), Wernicki (Lwów).

* Między 27—X a 9—XI doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (1 gm), brzeżańskim (1 gm), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (4 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), niskim (1 gm.), nowotargskim (1 gm.), podhajeckim (2 gm.) przemyślańskim (2 gm.), stryjskim (2 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

* Omyłka druku: W Nr. 45, na stronie 640, trzeci wiersz od dołu, w szpalcie 1-szej, należy czytać: »Kader stosuje 2% tropakokainę,« a nie 20%.

Mianowania i odznaczenia. Docent neurologii Friedenreich otrzymał tytuł profesora w Kopenhadze. W Niemczech mianowani zostali profesorami tytularnymi: doc. Henke w Wrocławiu i Dr. Möller, lekarz zakładu dla chorych na piersi w Belzig.

Nekrologia. Dr. Brun, prof. nadzwycz. chirurgii w Paryżu, założyciel czasopisma „La Presse médicale, zmarł w 49 r. życia.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 21. Halle i Motz: O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających (dok.). Rzeczniowski: Podstawy

psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere (c. d.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii radomskiej (c. d.).

Głos lekarzy N. 10. Zawiera: Koleżanki. — Zdanie prof. dr. H. Schramma o klinice chirurgicznej krakowskiej. — Walne zgromadzenie Towarz. samopomocy lekarzy. — Sejmowa komisya sanitarna o lekarzach okręgowych. — W sprawie tytułów specyalisty. — Stan szpitali w Galicyi (c. d.). — Konkluzye w ważnej sprawie. — Biblioteka słuchaczów medycyny we Lwowie. — Reklamowanie leków. —

— *Medycyna* Nr. 45. Steinhaus: Ś. p. Włodzimierz Brodowski (wspomnienie pośmiertne). Neugebauer: Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej. Świątecki: Sposób aseptycznego wprowadzania cewników miękkich.

— *Gazeta lekarska* Nr. 45. Sawicki: Przyczynek do leczenia nosa zapadniętego sposobem Israela. Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewn. dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 177. Bumm: Leczenie chirurgiczne gorączki połogowej. Theilhaber: Związek między chorobami nerwowemi a zaburzeniami w narządach płciowych kobiecych. (Obie te prace przetłómaczył dr Lewenstern.).

— *Biblioteka lekarska*. T. III. Runge: Podręcznik położnictwa (Część 1).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 45. Pexa: Zúženi hrtanu ze zánětů hrtanevých v průběhu spalniček a po spalničkách. Kutvirt: Dva připady kasuistické. Feigl: Prvni pomoc.

— *La Presse médicale* Nr. 88. Triboulet: Kongres narodowy przeciw alkoholizmowi (26—29—IX, 1903). Sicard: Tętniak tętnicy głównej piersiowej zstępującej.

— Nr. 89. Lévy: Leczenie doszczętne histeryi. Ponowne wychowanie. Romme: Rękawiczki niciane a kauczukowe do użycia chirurgów. Zapalenie wyrostka robaczkowego a grypa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 45. Ficker: Rozpoznawanie duru. Reckzech: Wdychanie pyłu wapiennego a gruźlica płuc. Lesser: O t. zw. gładkim zaniku korzenia języka i jego stosunku do kiły. Aronsohn: Przypadek licznych porażeń mózgowych z udziałem nerwu słuchowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46. Anton: Mierzenie mózgu za pomocą planimetru kompensacyjnego. Neurath: Zmiany w środkowym układzie nerwowym w przebiegu krztuśca. Donath: Kraniektomia w padaczce rozmaitego pochodzenia. Feinberg: O czynniku nowotworu rakowego u ludzi i zwierząt ssących (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 45. Weygandt: Psychiatrya i doświadczalna psychologia w Niemczech. Münzer: Enzymy drożdżowe i próba fermentacyi. Kaufmann: Godne uwagi powikłania przebiegu raka żołądka. Müller: Przyczynek do nauki o nadmiernem poceniu się ogólnem. Schittenhelm: Początkujący wiąd rdzenia a kiła mózgowo-rdzeniowa. Mönckeberg: Anatomiczna ocena jednego przypadku »zbioru objawów Landryego«. Marckwald: Dwa przypadki zranienia mózgu, ulegającego wodogłowiu. Pankrat: Przypadek kurczowej niedrożności jelit. Schaeffer: Zgorzel podudzia w połogu bezgorączkowym. Mülberger: Rodzinne amaurotyczne niedołęztwo umysłowe i jego rozpoznanie. Nordhof: Przypadek palców nadliczbowych. Riedel: Uwagi z zakresu położnictwa praktycznego. Kosmann: Higiena i dobór naturalny.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 46. Jürgens: Etyologia czerwonki. Birnbaum i Weber: Krostkowa (pustulose) osutka durowa, oraz bakteryologiczne jej badania. Casper: Aseptyka cewnikowania i cystoskopowania. Vogel: Przypadek zastąpienia trzonu kości promieniowej prętem z kości słoniowej. Liepmann: Przyczynek do biochemii ciąży. Replika. Opitz: Odpowiedź na poprzedzający artykuł. Lesser: Zapobieganie zatruciu jodem.

Redakcya otrzymała. Hojnacki: Higiena kobiety. Sieradzki: 1) Badania nad precypitynami. 2) Tosamo po niemiecku. 3) O hemolizynach, cytotoksynach, precypitynach i innych pokrewnych substancyach, oraz znaczeniu ich dla biologii. Kucharzewski: 1) Zmiany we krwi w błonicy. 2) De l'influence des toxines diphthérique et tétanique sur l'hémoglobine, la morphologie et le poids spécifique du sang. 4) Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Heilsera und des normalen Pferdeserums auf das Blut.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 45 (od 8/XI do 14/XI) **urodziło się** dzieci: żywo chł. 25, dz. 35; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 21; zamiejscowych: męż. 9, kob. 6.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój . .	1	1		
2	Gruźlica	7	3		
3	Zapalenie płuc	5	1		
4	Dławiec i błonica	—	—	2¹)	1
5	Krztusiec	—	—	2	1
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	—	1	2²)	1
8	Odra	—	—	23	—
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	—	1	3³)	5
11	Czerwonka	—	—	—	—
12	Cholera azyatycka . . .	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	3	1	—	—
14	Cholera swojska	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa . . .	—	—	—	—
16	Zakażenie przyranne . . .	—	—	—	2
17	Inne choroby zakaźne . .	—	—	—	—
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—		
19	Krwotok mózgowy . . .	1	—		
20	Choroby narządu krążenia .	7	1		
21	Nowotwory	3	2		
22	Inne przyczyny śmierci natur.	7	4		
23	Śmierć przypadkowa . . .	—	—		
24	Śmierć gwałtowna . . .	—	—		
	Razem . . .	34	15		

¹) Rakowicka 14. Radziwiłł. 21.
²) Ryn. Klep. 15. Jabłonowsk 4.
³) Floryańsk. 31 Czysta . 3. Krakowska 43.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 25 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Klecki mówić będzie „O podstawach fizyologicznych antyalkoholizmu".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**